

Seizième année | N° 1 | 6 Janvier 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

SOUHAITS DE NOUVELLE ANNÉE

Le Conseil de Direction du Concours Médical exprime ses souhaits de prospérité, pour 1894, tous les membres du Concours.

Il disait, entre autres choses, le 1er janvier 1893 « nous voudrions pouvoir, dans un an, vous ésenter une offrande professionnelle, l'œuvre d'indemnité de maladie. »

Notre désir est réalisé. Dans ses deux dernières séances, le Conseil d'Administration *de* ssociation amicale *a examiné les participants qui avaient déjà subi l'examen médical. L'Œuvre est en fonctionnement ; on procédera, prochainement, à l'admission d'un plus grand nombre idhérents.*

Le Conseil a décidé la recherche et la désignation d'un délégué départemental *de l'Association amicale et de* correspondants *dans chaque arrondissement.*

Il sollicite les offres des confrères dévoués, qui voudront l'assister dans sa tâche.

Le Concours Médical *ne pouvait mieux commencer une année qui, tout entière, sera consaée à l'indemnité de maladie et aux œuvres anciennes.* *Le Directeur*, A. Cézilly.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

POUR L'INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE

xposé des motifs de la création de l'Association amicale.

Il serait superflu d'insister sur les bienfaits e procure l'œuvre d'indemnité, en cas de aladie, au médecin qui vit de l'exercice de profession.

Le risque de maladie est toujours imminent ; accidents ne sont point rares, dans la rrière pénible du praticien. Cloué sur son , il a besoin de se faire remplacer, pour ne int voir ses clients s'éloigner ; il a besoin recettes journalières pour faire face aux penses quotidiennes. Dans les cas, assez fréquents, où il n'a pas d'épargnes, sa situation est bien pénible.

Au moyen d'un sacrifice annuel, l'Association amicale lui assure, *avec certitude absolue*, une somme quotidienne, tant que dure son incapacité de travail, fût-elle de plusieurs années.

En 1884, le Concours proposait, pour la première fois, à ses adhérents, une œuvre d'indemnité, en cas de maladie, fondée sur le droit, mais le droit, mitigé par la confraternité, puisque la cotisation était égale pour tous les âges.

La même année les médecins Anglais avaient fondé la *Medical Sikness Annuity*, qui est en pleine prospérité et compte plus de 1,400 médecins.

En 1887, le Dr *Lagoguey* établissait, pour le département, l'*Association mutuelle de la Seine*, qui a réuni, à cette heure, 280 participants et une réserve de cent mille francs.

Depuis 1885 le Concours s'efforçait d'obtenir la création de l'œuvre d'indemnité par l'Association générale des médecins de France, qu'il estimait, mieux qu'aucune autre Société, en posture d'arriver à un grand succès. Mais, pour des motifs divers, il était démontré, en avril 1893, qu'il fallait renoncer à cette idée.

D'autre part, la Société Lagoguey, Société de secours mutuels, ne pouvait s'étendre au delà des limites du département de la Seine.

On était, en conséquence, dans l'obligation absolue d'innover, de rédiger des statuts, d'adopter une forme d'association à la convenance de tous les médecins Français.

De plus, on prenait la résolution de faire une *œuvre de droit strict*. On rédigeait des statuts ; un actuaire éminent faisait les calculs scientifiques et l'Assemblée générale des membres du Concours décidait, le 19 novembre 1893, qu'on passerait à l'exécution immédiate.

Pour que les médecins puissent se faire une conviction et juger l'œuvre en connaissance de cause, le Conseil d'administration, nommé le 19 novembre, a décidé qu'on publierait d'abord les statuts, et ensuite le rapport de l'actuaire, M. Léon Marie (membre de l'institut des actuaires Français). Les considérations de ce rapport répondent à toutes les objections et observations, puisqu'elles démontrent qu'au sacrifice consenti par ceux qui versent les primes, correspondent des indemnités en équitable proportion et que *ce n'est qu'avec des primes plus élevées que l'œuvre pourrait accroître ses bienfaits*. On ne peut, après cette lecture, demander aux chiffres ce qu'ils ne peuvent donner, c'est-à-dire petites cotisations et grosses et perpétuelles indemnités.

STATUTS

DE

l'Association amicale des Médecins Français

Pour l'indemnité en cas de maladie.

I

Association, son but, son siège.

ARTICLE PREMIER. — Sur l'initiative et sous le patronage de la Société du Concours médical, qui a fait les premiers frais d'études, il est établi une Société dite *Association amicale des Médecins français*, à laquelle pourront seuls accéder l[…] médecins Français, diplômés dans une facul[…] française.

ART. 2. — Elle a pour but d'allouer une *inde[…]nité pécuniaire* aux membres qui la composen[…] placés, par un *accident ou par la maladie*, da[…] l'impossibilité d'exercer leur profession, so[…] temporairement, soit d'une façon permanen[…]

ART. 3. — L'œuvre ne comprend que des m[…]decins de 25 à 65 ans.

A ce dernier âge le sociétaire cesse de pay[…] sa cotisation et n'a plus droit à l'indemnité […] cas de maladie.

ART. 4. — La durée de la Société est illimité[…] ainsi que le nombre de ses membres.

ART. 5. — Le siège de la Société est à Paris[…] provisoirement 23, rue de Dunkerque.

ART. 6. — La Société s'interdit formelleme[…] toute discussion politique ou religieuse, ain[…] que tous actes étrangers à son but.

II

Sociétaires. Leurs obligations.

ART. 7. — Les sociétaires prennent l'engag[…]ment de se conformer aux présents statuts […] d'en assurer, au besoin, l'exécution.

ART. 8. — Les sociétaires doivent, en entra[…] dans l'Association, signer une *déclaration d'âg[…]* ils subissent un examen médical.

ART. 9. — La limite d'entrée dans la Soci[…] est fixée à 64 ans.

Le montant de la cotisation annuelle va[…] avec l'âge d'entrée.

A partir de 65 ans, toute participation à l'œ[…]vre cesse de plein droit.

ART. 10.— Tout sociétaire est libre de se re[…]rer, sur simple déclaration, adressée, par let[…] recommandée, au président du Conseil d'adm[…]nistration.

ART. 11. — Les sociétaires qui sont en reta[…] de six mois pour le paiement de la cotisation[…] qui, mis en demeure par une lettre recomma[…]dée, ne se seront pas acquittés, cessent de dr[…] de faire partie de la Société.

Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouv[…] examen médical et dans les conditions des no[…]veaux adhérents.

ART. 12. — Tout retard de plus d'un mois et […] moins de six mois, dans le payement de la co[…]sation, entraîne la suspension momentanée […] droit à l'indemnité en cas de maladie: leq[…] droit ne sera acquis de nouveau qu'un mois ap[…] que le sociétaire se sera libéré.

ART. 13. — Tout sociétaire, qui quitte la Fra[…]ce, perd momentanément ses droits à l'inde[…]nité, pendant son absence.

Le séjour en Algérie n'entraîne aucune su[…]pension des droits du sociétaire.

Les sociétaires sont tenus d'informer le pré[…]dent de tout changement de résidence.

ART. 14. — Tout médecin tombé malade […] blessé sous les drapeaux et recevant de l'E[…] les soins qui lui sont nécessaires, renonce […] droit à l'indemnité.

ART. 15. — Tout sociétaire convaincu d'av[…] causé, volontairement, un préjudice grave à […] Société (tentatives de fraude) peut en être ex[…] par décision du Conseil d'administration, sa[…] appel devant l'Assemblée générale.

ART. 16. — Les sociétaires, démissionnair[…]

ou exclus, n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux.

Ces sommes, qui n'auront plus leur emploi normal, seront versées à une caisse auxiliaire destinée à atténuer, dans la mesure du possible, les rigueurs du règlement.

III

Admissions. Cotisations.

Art. 17. — Pour être admis dans la Société, tout candidat doit présenter : 1° un certificat d'examen médical délivré par un médecin que lui désigne le Conseil d'administration ; 2° il doit présenter, ainsi qu'il est dit à l'art. 8, une déclaration d'âge signée par lui.

Le Conseil d'administration prononce sur son admission.

Art. 18. — Pour participer aux avantages de l'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit payer chaque année, en deux fois, par semestre (1er janvier et 1er juillet) et d'avance, entre les mains du trésorier, qui en délivre quittance, une prime INVARIABLE *fixée d'après son âge d'entrée* par le tableau ci-après :

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26	55	46	82
27	56	47	83
28	57	48	85
29	58	49	87
30	59	50	89
31	60	51	91
32	61	52	93
33	62	53	95
34	63	54	97
35	65	55	99
36	66	56	101
37	67	57	103
38	69	58	105
39	70	59	107
40	72	60	109
41	73	61	112
42	75	62	114
43	76	63	116
44	78	64	118

Art. 19. — Lorsque le nombre des sociétaires aura atteint le chiffre de 300, l'assemblée générale pourra autoriser le versement de cotisation double, pour s'assurer double indemnité.

Quel que soit le nombre des sociétaires, il sera toujours possible de ne souscrire que 1/2 prime pour s'assurer 1/2 indemnité.

Art. 20. — Sauf les restrictions ci-dessus énoncées à l'art. 17, un sociétaire peut à toute époque s'assurer une indemnité plus forte, à la condition de payer après nouvel examen médical, en plus de la prime qu'il payait antérieurement, une seconde prime fixée d'après l'âge où il prendra cette décision.

Il a également le droit d'anticiper le payement de ses cotisations, mais il ne lui sera pas tenu compte de l'intérêt.

Art. 21.— Si, dans l'avenir, la Société arrivait à se créer des réserves importantes, l'assemblée générale pourra, si elle le juge convenable, fixer un droit d'entrée pour les membres nouveaux.

Ce droit d'entrée devra être proportionné à l'âge.

Art. 22. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'à l'expiration du premier semestre de participation et après versement du second.

Art. 23. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la caisse.

Art. 24.— *La Caisse de la Société n'est engagée vis-à-vis de ses sociétaires, que jusqu'à concurrence de son avoir.*

Art. 25. — Tous les six ans au moins, il sera dressé un inventaire de la Société et, si cet inventaire montre que les réserves se sont abaissées à un chiffre insuffisant, l'Assemblée générale pourra modifier le tarif des cotisations à verser, même par les membres admis.

IV

Incapacité de travail. Indemnité.

Art. 26. — En cas d'incapacité de travail dûment constatée, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant 60 jours à partir du 5e jour qui suit la déclaration de la maladie. Le 5e jour est payé, mais il n'y a pas rappel des quatre premiers jours.

Au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie, ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit 100 fr. par mois.

Art. 27. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

Art. 28. — Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacement aux eaux, stations balnéaires ou hivernales, même utiles au traitement, à moins d'une décision spéciale du Conseil d'Administration et sous la condition expresse qu'il ne donnera pas de consultations.

Art. 29. — Une déclaration, certifiée exacte par le médecin traitant, doit être adressée au Conseil d'Administration ou au correspondant de la Société pour la région, dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de 3 jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail, sous peine d'une amende de 2 fr. par jour de retard.

Ces amendes seront versées à la caisse auxiliaire.

V

Administration. Correspondants. Contrôle.

Art. 30. — La Société est représentée dans chaque département par les bureaux des syndicats ou associations médicales ; ou, à leur défaut, par un ou plusieurs correspondants, désignés par le Conseil d'administration.

Art. 31. — Ces représentants de la Société ont pour mission :

1° de recevoir les demandes d'admission ;

2° d'assurer la visite médicale et la délivrance du certificat demandé pour l'admission ;

3° d'assurer le contrôle de la durée de l'incapacité de travail ;

4° d'adresser au Conseil d'administration tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires.

Art. 32. — Le Conseil d'Administration de la Société a toujours le droit de déléguer un médecin particulier pour procéder aux constatations qu'il juge nécessaires.

Art. 33. — La Société est administrée par un *Conseil d'administration* de cinq membres, savoir : un président, un vice-président, un secrétaire des séances, un secrétaire général et un trésorier.

Art. 34. — Les fonctions des membres du conseil d'administration sont gratuites.

Toutefois, les frais de voyage des membres du Bureau, pour assister aux séances du Conseil, sont à la charge de la Société.

Art. 35. — Les membres du Bureau sont élus par l'assemblée générale, au scrutin secret, et à la majorité absolue des votants, pour une durée de cinq ans.

Ils sont rééligibles.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Art. 36. — Le trésorier effectue les recettes, payements et placements de fonds, sous la surveillance du Conseil d'administration.

Les retraits de fonds déposés, ainsi que la vente des valeurs en portefeuille ne peuvent être effectués qu'avec le visa du président ou du vice-président de l'Association et d'un autre membre du Conseil.

Art. 37. — Deux membres élus, chaque année, en Assemblée générale, sont chargés du contrôle des opérations de la Société. Ils adressent, à l'Assemblée générale suivante, leur rapport sur la gestion du Conseil d'administration.

Ces contrôleurs peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, les inventaires, ainsi que les registres de la comptabilité.

Art. 38. — Les fonds de la Société sont déposés dans une Caisse publique. Le trésorier ne peut conserver en caisse que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes.

Il ne pourra être fait emploi des sommes disponibles qu'en valeurs de tout repos, telles que Rente Française, obligations des villes et départements français, des chemins de fer garanties par l'Etat, du Crédit foncier, etc., placements en 1re hypothèque sur immeubles de rapport à Paris. Ces placements sont décidés par le Conseil d'administration.

Art. 39. — Les admissions partent du 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre de chaque année.

Elles sont prononcées par le Conseil d'administration qui se réunit au moins quatre fois par an, en décembre, en mars, en juin et en septembre.

VI

Assemblée générale.

Art. 40. — Chaque année une assemblée générale des sociétaires, dont la date est fixée par le Conseil d'administration, est convoquée par les soins du secrétaire général pour recevoir et approuver les comptes de gestion de l'année.

Art. 41. — Les convocations individuelles doivent être adressées, sous enveloppe fermée, au moins 15 jours avant la date choisie pour la réunion.

Ces convocations doivent contenir l'ordre du jour de la séance.

Art. 42. — L'assemblée générale statue souverainement sur toutes les questions. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre des membres qui la composent.

Nul n'a le droit de s'y faire représenter.

Art. 43. — Le compte rendu des séances de l'assemblée générale annuelle, est dressé par les soins du Conseil et publié dans le journal le *Concours médical*.

Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de l'Association et aux principaux journaux de médecine.

Art. 44. — Des règlements intérieurs, délibérés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, la mise en pratique de ces divers articles.

VII

Dissolution.

Art. 45. — La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une Assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des membres présents.

RAPPORT

sur la détermination des cotisations à payer par les Membres

DE

l'Association amicale des Médecins Français

I

Dans toute institution de prévoyance, l'équivalence des charges et des ressources futures est la condition, sine qua non, d'un fonctionnement normal et régulier. Si les charges dépassaient les ressources, il deviendrait naturellement impossible, après un temps plus ou moins long, de fournir aux sociétaires les avantages espérés par eux. Et, dans le cas où les ressources seraient, au contraire, notablement supérieures aux charges assumées, l'excédent demeurerait sans emploi statutaire. A coup sûr, ce dernier inconvénient n'a pas la gravité du premier. Cependant, il est toujours fâcheux de faire verser, par les sociétaires, une cotisation trop élevée, tandis qu'une autre, moins importante, permettrait de leur donner, sans crainte, la garantie dont ils ont besoin.

Une Société qui doit fournir, à ses adhérents, des indemnités *de droit*, en cas de maladie, constitue essentiellement une œuvre de prévoyance. Il est donc indispensable de lui assurer l'équilibre dont je viens de rappeler l'absolue nécessité.

Or, dans une association de ce genre, les ressources certaines ne comprennent que les cotisations des participants, accrues de leurs intérêts depuis l'époque de leur encaissement, jusqu'à celle de leur utilisation. D'autre part, si l'on fait momentanément abstraction des frais de gestion, les dépenses se bornent aux indemnités payées en cas de maladie. C'est donc entre ces deux éléments, cotisations et indemnités, qu'il faut établir l'équivalence cherchée. Comme l'expérience nous apprend que le nombre annuel des journées de maladie croît sans cesse avec l'âge, on ne pourrait établir l'équivalence, année par année, qu'en faisant verser aux participants des cotisations également croissantes. Mais

ce système serait d'une application très difficile dans la pratique. Les sociétaires sont rarement disposés à s'imposer des sacrifices de plus en plus lourds, à mesure qu'ils avancent en âge. Sauf dans certains cas exceptionnels, il est donc nécessaire de remplacer les cotisations croissantes par des cotisations moyennes, et constantes. Ces cotisations, trop faibles à la fin, sont, au contraire, trop élevées au début, afin qu'il s'établisse une compensation entre elles. Par conséquent, l'équivalence ne peut plus s'établir chaque année; il faut la chercher sur l'ensemble de l'opération tout entière.

On doit alors égaler, d'une part, la valeur à l'origine des cotisations futures, payables tant que le sociétaire sera vivant; d'autre part, la valeur des indemnités de maladie à venir, exigibles aussi jusqu'au décès du participant. Une semblable évaluation ne peut naturellement s'appuyer que sur des probabilités, qui sont ici de deux sortes : probabilités de vie et probabilités de maladie. C'est donc à la statistique de fournir les éléments du calcul, contenus, les uns dans les Tables de mortalité, les autres dans les Tables de morbidité. En outre, l'estimation des recettes et des dépenses ultérieures nécessite des calculs d'escompte, effectués d'après un taux d'intérêt, qui n'est autre que celui des placements possibles.

Ainsi, l'évaluation des charges et des ressources sociales s'appuie sur trois bases principales: mortalité, morbidité et taux d'intérêt devant être toutes trois déterminées avec grand soin. Cette détermination faite, le reste n'est plus qu'une question de calcul fort simple.

Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue les conditions dans lesquelles les données de la statistique doivent être utilisées. Les lois de la probabilité ne peuvent s'appliquer, d'une façon convenable, qu'à un grand nombre d'événements. Quand ce nombre devient trop restreint, le hasard seul produit les résultats observés. Ainsi, lorsqu'il s'agit de capitaux payables au décès ou de rentes viagères, c'est-à-dire d'opérations uniquement basées sur la mortalité humaine, les probabilités fournies par les Tables ne s'appliquent pas régulièrement à des Sociétés qui ne comptent pas plusieurs milliers d'adhérents. Mais, les opérations relatives à la morbidité ne réclament pas un champ aussi vaste, parce que, fort heureusement, la maladie est un phénomène beaucoup plus fréquent que la mort. Pour obtenir un fonctionnement conforme aux prévisions des Tables, il suffit de posséder quelques centaines de participants. Bien entendu, il importe que tous ces participants soient placés dans des conditions analogues, c'est-à-dire reçoivent les mêmes avantages de l'Association. S'il en était autrement, s'il existait des catégories ayant droit à des indemnités de quotité différente, il faudrait que chacune de ces catégories fût suffisamment nombreuse par elle-même, pour que le hasard ne pût venir déjouer les prévisions du calcul.

Les fondateurs de l'*Association amicale* ont donc agi prudemment, lorsqu'ils ont stipulé un minimum de 300 membres avant l'attribution d'indemnités doubles..

Ces préliminaires établis, il convient maintenant d'examiner, l'un après l'autre, les trois éléments des évaluations : mortalité, morbidité et taux d'intérêt.

II

M. Marie indique les raisons pour lesquelles il a choisi la table de mortalité de la *caisse de retraites pour la vieillesse*. Il dit :

C'est donc la table que j'utiliserai ci-après. Cependant, je dois ajouter qu'elle fournit peut-être une mortalité un peu plus lente que celle du corps médical. Cet écart doit même être accentué par la sélection qui s'exerce en sens inverse de celle subie par une caisse de retraites. Au lieu d'écarter les valétudinaires, elle les attire au contraire, tandis qu'elle éloigne les hommes les plus robustes, rebelles aux influences morbides. Mais, comme la mortalité ne joue ici qu'un rôle assez secondaire, et comme, en outre, l'écart doit être de peu d'importance, je crois pouvoir conserver la même table sans grand inconvénient.

III

La base principale des calculs, c'est la *table de morbidité*. C'est elle qu'il convient de choisir avec le plus de soin. Malheureusement, ce choix présente de très grandes difficultés.

Les tables de morbidité sont peu nombreuses. Le Dr Jacques Bertillon en cite une quinzaine, à peine, dans sa brochure *de la morbidité et de la mortalité par professions*. La plupart se rapportent à des classes de la population qu'il est difficile d'assimiler au corps médical. D'ailleurs, ces tables ont été construites à l'aide de données souvent insuffisantes, et tout au moins très dissemblables. Comme le dit fort bien le Dr Bertillon, « il n'y a guère qu'une « manière de comprendre le mot mort, tandis qu'il « y en a beaucoup de comprendre le mot maladie ». En outre, les coutumes des pays, dont ces tables proviennent, sont très différentes, ainsi que les statuts des Sociétés qui ont fourni les observations. Tantôt, on fait entrer en ligne de compte les seules maladies aiguës, tantôt, on y joint les affections chroniques ; ici, l'on ne compte pas les 2, 3, 4, 5 ou 6 premières journées de chaque cas ; là, tout est noté depuis le premier jour ; l'observation s'arrête quelquefois après le 60e, le 90e, le 180e, le 365e jour de maladie, au lieu de se prolonger jusqu'à la guérison finale ou jusqu'au décès, etc., etc. Aussi, les nombres contenus dans les différentes tables s'écartent-ils les uns des autres, de la manière la plus frappante.

Le calculateur est donc fort embarrassé pour discerner, parmi ces documents si divers, ceux qui conviennent à ses évaluations.

Pour tourner la difficulté, le *Concours médical* avait entrepris une statistique directe de la morbidité du Corps médical français. Des questionnaires furent adressés aux médecins, les invitant à faire connaître leur âge, le nombre de leurs années d'exercice, celui des cas de maladie aiguë, chronique, accidentelle, et celui des journées d'incapacité de travail provenant de ces différentes catégories morbides. Mais, cette louable initiative aboutit à des résultats qui ne sont pas suffisamment établis.

1825 médecins ont cependant fait parvenir leur réponse. Il suffit de parcourir ces réponses pour voir qu'elles ne peuvent servir de base à une statistique probante. Les signataires se rappellent très vaguement le nombre et la durée de leurs maladies, et fournissent des indications approximatives. Ce qui fausse d'ailleurs le plus cette statistique, c'est que les erreurs sont nécessairement toutes de même sens. On oublie bien des maladies, mais personne ne songe à en accuser d'imaginaires. Les chiffres fournis sont donc tous exacts ou trop faibles. Aucun n'est trop fort. Aussi, nous croyons que la moyenne est bien au-dessous de la vérité. L'ensemble des réponses indique 74,429 journées de maladie pour 36,895 années d'exercice, entre les âges 25 et 65 ans environ. Soit, par an, 2,02 journées, ce qui est surprenant. Un résultat plus intéressant, parce qu'il doit être plus exact, c'est la répartition des maladies en chroniques et aiguës (y compris les accidents) : 22 des premières, contre 78 des secondes sur 100 journées en tout. Ce résultat concorde assez avec l'expérience de la *Medical Sickness Annuity and Life Assurance friendly Society*, qui accuse 25 % de journées pour des maladies dépassant six mois consécutifs (1).

(1) Il est intéressant de remarquer que M. Marie accepte comme exact, le second résultat de l'enquête, la distinction des maladies aiguës et chroniques, et que, d'autre part, il récuse le premier relatif à la morbidité qui ne serait que 2.02.

Nous constatons que celui-ci est bien faible ; mais nous espérons que l'avenir démontrera qu'il n'est pas très inexact (pour les médecins, bien entendu), puisque les praticiens ont tout intérêt à être sur la brèche toujours, et à négliger les maladies de courte durée. (*Note de la Rédaction.*)

L'intéressante tentative du *Concours médical* ainsi appréciée, il est permis d'affirmer que la statistique morbide du Corps médical reste à faire. J'ai donc été contraint de porter mon choix sur une des tables existantes, sans avoir égard à l'origine de la population spéciale ayant servi de base aux observations. Aucune des Tables anglaises ne m'a semblé convenir au cas actuel. La morbidité qu'elles indiquent m'a paru bien supérieure à celle du Corps médical. Ainsi, d'après les travaux du Dr Jacques Bertillon, la morbidité des médecins anglais doit être au moins égale, sinon supérieure à celle de leurs confrères français. Les comptes rendus de la *Medical Sickness* accusent notamment un nombre considérable d'accidents de chevaux et voitures. Néanmoins, cette morbidité n'égale pas, à beaucoup près, celle de la Table de l'*Ancient order of Foresters*, dressée par M. Neison, l'éminent actuaire anglais, et qui a servi de base aux Tarifs de la *Medical Sickness*. En effet, du 1er juillet 1892 au 30 juin 1893, la Société n'a supporté que 1058 semaines de maladie effective, contre 1617 prévues par la Table. Celle-ci présente donc un excédent de 34, 57 % sur la réalité des faits, excédent qui ne saurait être attribué à la sélection, puisque la Société a déjà dix ans d'existence. Il est donc permis de croire que les cotisations exigées pour la Société anglaise pourraient être, sans danger, réduites de 34 à 35 %.

Si l'on effectue cette réduction sur les chiffres du Tarif actuel, ramenés à une indemnité journalière égale à l'unité, et transformés en nombres décimaux payables annuellement, on obtient les résultats inscrits sur le tableau ci-dessous.

AGE du SOCIÉTAIRE	COTISATION NORMALE	COTISATION RÉDUITE	PRIX DE REVIENT
24 ans	10.84	7.09	6.38
29 »	12.20	7.98	7.18
34 »	13.64	8.92	8.03
39 »	15.60	10.21	9.19
44 »	17.88	11.70	10.53
49 »	20.88	13.66	12.29

D'autre part, les règlements de la *Medical Sickness* attribuent 10 0/0 des cotisations aux frais de gestion (*Management*). Si l'on dépouille encore, de ces 10 0/0 les cotisations déjà réduites, on connaîtra définitivement le *prix de revient* approximatif de la morbidité, réellement constatée, parmi les participants de l'Association anglaise, évalué au taux de 2 1/2 0/0, qui est le taux statutaire de cette association.

Or, il existe une table de morbidité dressée par le savant actuaire suisse Dr Kinkelin, d'après les importantes statistiques allemandes du Dr Heym, (provenant de la *Gegenseitigkeit*, de Leipzig). Cette table donne, à 3 1/2 0/0, pour une assurance de 1 fr. par jour de maladie, cessant à 65 ans, comme celle de la *Medical Sickness*, les cotisations annuelles suivantes :

AGES	COTISATIONS
24 ans	6.85
29 »	7.37
34 »	8.08
39 »	8.97
44 »	10.01
49 »	11.20

Ces cotisations se rapprochent très sensiblement des prix de revient obtenus ci-dessus. Les écarts en plus et en moins se compensent à peu près. Et comme les calculs du Dr Kinkelin sont faits à 3 1/2 0/0, ceux des prix de revient étant basés sur le taux de 2 1/2 seulement, il est permis de conclure que la table du Dr Kinkelin représente *largement* la mortalité du Corps médical anglais, et, par analogie, celle du Corps médical français.

Il n'est pas inutile de noter, d'ailleurs, que des résultats presque semblables seraient encore obtenus avec la vieille Table française de Hubbard, si l'on y réduisait, de moitié, les journées d'infirmité, qui ne donnent droit qu'à demi-indemnité pour les membres de la *Medical Sickness*, et qui ont été séparées des journées de maladie ordinaires par les soins du Dr Jacques Bertillon, dans l'étude déjà citée précédemment. Ces diverses coïncidences m'ont conduit à faire choix de la Table du Dr Kinkelin, pour les calculs contenus dans la suite du présent Rapport.

Mais, si cette Table correspond, d'une manière convenable, à la morbidité des sociétaires de la *Medical Sickness*, on ne saurait l'appliquer sans préparation à *l'Association amicale des médecins français*. Les deux cas ne sont pas, en effet, absolument identiques. Dans le premier, rien n'est dû pour les indispositions d'une durée inférieure à sept jours, mais, si la maladie atteint ce délai, les premiers jours sont rappelés ; en outre, l'indemnité se réduit de moitié, au bout de six mois de maladie continue. Dans le second cas, le paiement débute le cinquième jour, mais sans rappel ; la réduction atteint les deux tiers, et commence dès le 65e jour.

Ces différences dans les conditions statutaires doivent nécessairement influer d'une façon notable sur le nombre de journées de maladie à la charge des deux Sociétés. Il est encore bien difficile d'évaluer numériquement une telle influence faute de documents statistiques Cependant, les travaux, publiés par M. le Commandeur Bodio, sur la morbidité dans les Sociétés de secours mutuels italiennes, permettent de se faire une idée approximative des changements introduits, dans le nombre des journées, par l'accroissement ou la diminution du délai pendant lequel les indemnités sont dues.

En premier lieu, je crois que l'addition des paiements effectués les 5e et 6e jours se trouve plus que compensée par la suppression du rappel des quatre premiers jours. Quant à la double réduction de l'indemnité au tiers, au lieu de la totalité, du 65e au 182e jour, puis du tiers au lieu de la moitié, à partir de ce 182e jour, je pense qu'elle peut amener une diminution de 25 0/0 dans le nombre total des jours de maladie.

J'estime donc que les nombres figurant dans la Table adoptée doivent être réduits d'un quart environ, pour représenter la morbidité probable des membres de l'*Association amicale des Médecins français.*

IV.

Les deux Tables de Mortalité et de Morbidité une fois choisies, il ne reste plus qu'à fixer le taux de l'intérêt. Cet élément n'a pas ici la même importance que dans les questions de retraites, car, ainsi que nous le verrons plus loin, la quotité des Réserves est bien moindre. Par conséquent, les capitaux placés ne sont pas aussi considérables, et un écart sur le taux de leurs revenus, présente beaucoup moins d'inconvénients. J'ai donc cru devoir adopter encore le taux 3 1/2 0/0, bien que ce taux puisse être considéré déjà comme un maximum souvent difficile à obtenir. Une réduction ultérieure est d'ailleurs toujours possible, et l'Art. 23 des Statuts prévoit ce cas.

V.

Avant d'aborder le calcul même des cotisations, je crois devoir rappeler quelques dispositions statutaires, capables d'influer sur les résultats cherchés, afin d'évaluer cette influence, si elle existe. Ainsi, les art. 9 et 22 stipulent, l'un, que les indem-

nités cessent à 65 ans, l'autre qu'elles commencent seulement après un stage de six mois suivant l'admission. Ces deux dispositions sont également utiles. Si la première n'existait pas, il arriverait presque toujours un âge où le sociétaire se trouverait absolument hors d'état d'exercer sa profession, d'une manière continue, et tous les anciens participants finiraient par recevoir régulièrement l'indemnité de 100 fr. par mois, jusqu'à leur décès. Or, la Société a pour but d'indemniser ceux de ses membres qu'une maladie prive accidentellement de leur gain journalier, pendant la période où ils sont en état d'exercer leur profession d'une manière normale, mais elle n'a pas l'intention de devenir une Société de retraites. La limitation est donc nécessaire.

D'autre part, le stage initial prémunit la Société contre les dépenses irrégulières que pourrait entraîner, pour elle, l'admission de membres dont l'état sanitaire serait momentanément défectueux, et qui auraient néanmoins subi sans échec l'examen médical prévu par l'art. 6. Les deux limitations, initiale et finale, étant l'une et l'autre en vigueur à la *Medical Sickness*, qui a servi de base au choix de la Table de morbidité adoptée, n'entraînent, par suite, aucune nouvelle correction des nombres fournis par cette Table. L'art. 10, suspendant les indemnités, pour les sociétaires dont les cotisations ne sont pas acquittées à l'échéance, permet d'établir une sorte de compensation entre les intérêts perdus par suite d'un retard dans les paiements et l'économie qui résulte de la confiscation des indemnités correspondantes. Il faut donc encore louer cette disposition, mais elle n'intervient pas dans les calculs.

L'art. 24 stipule que l'indemnité n'est pas due avant le 5e jour pour chaque maladie, et qu'elle se réduit au tiers, après le 64e jour *et jusqu'à la fin de la maladie même si elle dure plusieurs années*. La première de ces stipulations a pour but de faire réaliser une économie notable à la Société, sur toutes les petites indispositions qui ne sauraient d'ailleurs causer un préjudice sérieux à celui qu'elles atteignent. En supprimant le rappel des premiers jours, dans les maladies de plus longue durée, on évite de donner naissance à une petite fraude, presque inconsciente. Un malade de quatre jours ne saurait guère résister à la tentation de faire un cinquième jour de maladie, quand cette journée lui rapporte 50 fr. à elle seule. De même, un malade de trois jours se laissera volontiers aller à garder la chambre encore deux jours, à 25 fr. chacun. Il importe, à tous les points de vue, d'éviter ces petites dépenses abusives, qui grèveraient assez lourdement les finances sociales, *auraient nécessité, d'ailleurs, une élévation des cotisations*, et qui pourraient entraîner les sociétaires les plus scrupuleux à de fâcheuses capitulations de conscience.

Quant à la réduction des indemnités après 65 jours, elle se justifie par le désir d'alléger les dépenses, et, par suite, de *réduire les cotisations*. Il serait certainement préférable de pouvoir prolonger sans limite l'indemnité normale. Seulement, c'est une grosse charge, et la réduction ne porte guère que sur des malades chroniques, très intéressants à coup sûr, mais qui doivent restreindre leurs dépenses en proportion de l'affaiblissement subi par leurs facultés productives.

Les deux dispositions contenues dans l'art. 24 ne modifieront pas les éléments choisis précédemment, puisqu'il a été déjà tenu compte de leur influence (§ III).

Enfin, il est une source de dépenses qui n'a pas figuré dans les estimations. Ce sont les frais de gestion de la Société.

Si ces frais devaient être alimentés par les estimations, il faudrait grossir celles-ci d'un *chargement* analogue à celui qui se trouve dans les primes de la *Medical Sickness*.

Mais, les fondateurs de l'*Association amicale* m'ont déclaré qu'ils comptaient uniquement sur les ressources extraordinaires pour subvenir aux dépenses administratives. Déférant à leurs désirs, je n'ai pas fait intervenir, dans le calcul des cotisations, cette charge d'une nature spéciale.

VI

En résumant tout ce qui précède, je rappelle que l'établissement du tarif des cotisations à payer par les sociétaires repose sur les trois bases suivantes:

1° Table de mortalité de la *Caisse nationale des retraites pour la vieillesse*.

2° Table de morbidité, du Dr Kinkelin, réduite de 25 0/0.

3° Taux 3 1/2 0/0.

L'examen des statuts a montré qu'aucun autre élément secondaire ne devait modifier ces trois éléments principaux.

Ceci posé, l'établissement d'un tarif de cotisations n'est plus qu'une question de calcul. Les résultats de ce calcul sont contenus dans le tableau ci-dissous, fixant à chaque âge initial, de 25 à 64 ans, la cotisation annuelle constante, payable en deux semestres, égaux et d'avance, qui permettent, l'une comme l'autre, de donner 10 fr. par journée de maladie, du 5e au 6e jour, et 100 fr. par mois pour toutes les journées dépassant la 64e.

AGE INITIAL DU SOCIÉTAIRE	COTISATION UNIQUE PAYABLE A L'ENTRÉE	COTISATION annuelle constante payable par semestre et d'avance
25 ans	1.038 f. 20	54 f. 40
26 —	1.041 20	55 20
27 —	1.044 30	56 »
28 —	1.047 45	56 90
29 —	1.050 65	57 80
30 —	1.053 80	58 80
31 —	1.056 90	59 90
32 —	1.059 80	61 »
33 —	1.062 35	62 10
34 —	1.064 50	63 30
35 —	1.065 90	64 60
36 —	1.066 65	65 90
37 —	1.066 60	67 30
38 —	1.065 65	68 70
39 —	1.063 70	70 10
40 —	1.060 60	71 60
41 —	1.056 20	73 20
42 —	1.050 40	74 80
43 —	1.042 90	76 40
44 —	1.033 55	78 10
45 —	1.022 15	79 80
46 —	1.008 50	81 60
47 —	992 60	83 30
48 —	974 40	85 20
49 —	953 65	87 10
50 —	930 25	89 »
51 —	904 05	90 90
52 —	874 65	92 90
53 —	841 75	94 90
54 —	805 »	96 90
55 —	764 »	98 90
56 —	718 25	101 »
57 —	667 35	103 10
58 —	610 80	105 20
59 —	548 »	107 30
60 —	478 45	109 50
61 —	401 40	111 60
62 —	316 »	113 70
63 —	221 45	115 90
64 —	116 55	118 »

Il ne m'a pas semblé nécessaire de calculer les cotisations pour les âges antérieurs à 25 ans, car je

ne crois pas qu'il y ait d'exemple d'un médecin français exerçant sa profession avant d'avoir atteint cet âge.

Si, après avoir effectué un certain nombre de paiements annuels, un sociétaire désirait se libérer par un versement unique, le tableau précédent, permettrait de calculer la somme à verser par lui. Cette somme s'obtiendrait, en multipliant la cotisation annuelle de l'âge actuel. Ainsi, un Sociétaire, entrant à 32 ans, paie annuellement 61 francs.

Au bout de 15 ans, s'il désire se libérer par un versement unique, afin d'acquérir le droit aux indemnités jusqu'à l'âge de 65 ans, sans avoir rien à payer dans l'avenir, il devra verser (âge actuel 47 ans).

$$\frac{61 \times 992.60}{83.30} = 726.85$$

VII

Ainsi que je l'ai déjà fait observer au début de ce Rapport, le risque de morbidité croît avec l'âge, c'est-à-dire que *le nombre probable de journées de maladie par année est d'autant plus grand que la personne soumise au risque est plus âgée*. Si donc, on fait verser par cette personne une cotisation constante, cette cotisation constitue une sorte de moyenne entre ce qu'elle devrait payer au début et à la fin de sa période de sociétariat. *Il y a compensation entre l'excédent produit par les premiers versements et le déficit existant sur les derniers.*

Cette simple remarque, montre clairement que l'on doit prélever, sur les cotisations au début, une *Réserve* destinée à compléter les cotisations finales.

Quand, au lieu d'une cotisation annuelle, on paie une cotisation unique, il est à peine besoin de faire observer la nécessité d'une Réserve, car, si la totalité du versement disparaissait la première année, le règlement des maladies ultérieures ne pourrait évidemment se faire.

Ainsi, quel que soit le mode de paiement des cotisations, la Société ne peut se dispenser de créer des Réserves. C'est là un principe absolu, dont la méconnaissance entraînerait la production d'excédents fictifs, à l'origine du fonctionnement, mais, par contre, l'impossibilité ultérieure de régler les dépenses obligatoires. Aussi, voyons-nous ce principe consacré par les statuts de la *Medical Sickness*, qui exigent un *inventaire* quinquennal des opérations sociales.

Quelle doit être l'importance des Réserves, pour que le fonctionnement soit réguller, et pour que tout danger de déficit futur soit écarté ? Les Réserves s'évaluent par le calcul aussi facilement que les cotisations, dès que les bases de ce calcul ont été fixées. A titre d'exemple, j'ai calculé le montant de la Réserve nécessaire après chaque année pour un Sociétaire, entré dans la collectivité à l'âge de 30 ans. Un tableau analogue pourrait être dressé pour chaque âge d'admission. Il s'agit bien entendu d'un sociétaire payant la cotisation annuelle de 58 fr. 80.

Ainsi, cette réserve croît pendant les 22 premières années, pour décroître ensuite. Son maximum atteint cinq fois, un tiers, le montant de la cotisation annuelle. Étant donné la simplicité du calcul, il y aurait tout avantage à déterminer exactement, d'une manière périodique, le montant des Réserves que la Société doit posséder pour faire face aux charges futures qui lui incomberont. Cette détermination a non seulement l'avantage d'asseoir solidement le crédit de la Société, mais encore celui de vérifier les hypothèses faites sur la morbidité et la mortalité des sociétaires. Je ne parle pas du taux d'intérêt qu'il est facile d'apprécier tous les ans. Si, en effet, après calcul des réserves exactes, et paiement des dépenses devenues exigibles, il reste constamment un déficit ou un excédent, c'est que les tarifs sont trop faibles ou trop élevés. Une aussi précieuse indication permet de rectifier les hypothèses faites, et d'attribuer aux cotisations une valeur plus exacte. Cependant, l'*Association amicale* ne voudra peut-être pas entreprendre l'établissement régulier d'un inventaire périodique, par crainte des quelques calculs que ce travail nécessite. Tout en insistant sur ce qu'une semblable décision aurait de fâcheux, je crois devoir indiquer ce qu'il faudrait faire approximativement, pour remédier autant que possible à ses inconvénients.

NOMBRE d'années courues	RÉSERVE (1)			
1	6 fr., soit	10 %	de la cotisation annuelle
2	25	—	42	id.
3	44	—	75	id.
4	64	—	109	id.
5	83	—	142	id.
6	103	—	175	id.
7	122	—	208	id.
8	142	—	241	id.
9	161	—	273	id.
10	179	—	304	id.
11	197	—	335	id.
12	214	—	364	id.
13	226	—	384	id.
14	245	—	417	id.
15	260	—	441	id.
16	272	—	463	id.
17	284	—	482	id.
18	293	—	499	id.
19	301	—	513	id.
20	308	—	523	id.
21	312	—	530	id.
22	314	—	534	id.
23	313	—	533	id
24	310	—	528	id.
25	304	—	517	id.
26	295	—	501	id.
27	282	—	479	id.
28	265	—	451	id.
29	244	—	415	id.
30	218	—	371	id.
31	187	—	318	id.
32	151	—	256	id.
33	104	—	177	id.
34	50	—	98	id.
35	0	—	0	id.

Ainsi que le montre le tableau précédent, les réserves des opérations en cas de maladie sont loin d'atteindre l'importance de celles qui sont nécessaires dans les opérations de retraites. Une erreur commise sur leur évaluation aurait donc moins d'importance. On pourrait alors utiliser le tableau donné comme exemple, afin d'établir une réserve moyenne proportionnelle aux cotisations encaissées. Si le recrutement social était régulier, on devrait arriver ainsi progressivement, dans une quinzaine d'années, à une réserve moyenne de trois cotisations environ, pour les versements annuels. Ce serait une approximation, grossière, évidemment, mais cependant préférable à l'arbitraire pur.

Dans tous les cas, quel que soit le mode de calcul, il faut, en outre, conserver pour chaque membre nouveau, une cotisation semestrielle, correspondant aux six mois de stage, afin de constituer une réserve spéciale de prévoyance.

Lorsqu'un membre de la Société se retirera, par

(1) Calculée comme différence entre la valeur actuelle des indemnités à payer dans l'avenir, et la valeur actuelle des cotisations à recevoir.

démission ou radiation, sa réserve deviendra disponible, puisque son départ fera cesser tous les engagements pris envers lui par la collectivité. Il serait peut-être fâcheux de lui restituer cette réserve, comme le fait la *Medical Sickness*, parce qu'on constituerait ainsi une prime à la désertion. Mais, on pourrait donner à ces sommes une destination utile à tous les participants, *soit en les consacrant aux frais de gestion, soit en les attribuant à une caisse spéciale destinée à venir en aide aux sociétaires qui se trouveraient momentanément hors d'état de régler leurs cotisations.*

VIII

En résumé, si les hypothèses faites précédemment, au sujet de la mortalité, de la morbidité, et du taux des placements, se vérifient, les cotisations calculées ci-dessus doivent suffire certainement aux dépenses prévues par les statuts. Afin de constater la concordance de oes hypothèses avec la réalité des faits, il est presque indispensable d'évaluer d'une manière précise et périodique, l'importance des sommes à mettre en réserve. Si ce calcul mettait en évidence un excédent ou un déficit permanent, il faudrait alors rectifier les hypothèses dans le sens voulu, et faire ainsi disparaître les causes de troubles qui se seraient introduites dans le fonctionnement social.

L'Association Amicale

Appréciée par M. le Docteur LEREBOULLET

dans la *Gazette hebdomadaire.*

Nous reproduisons une partie de l'article paru dans la *Gazette* du 9 décembre. M. *Lereboullet*, en qualité de rédacteur en chef, exprime son opinion. Nous sommes d'autant plus aises qu'elle soit favorable, qu'il met sa passion du bien, avec une très grande vivacité, à la recherche des meilleures solutions des questions d'intérêt médical. Sa bonne foi est absolue, comme la nôtre, et il y a plaisir à lui donner satisfaction.

Comme, en outre de sa qualité de journaliste, M. Lereboullet a encore la haute situation de *Secrétaire général de l'Association*, nous comptons qu'il prêtera son appui, auprès du Conseil général, à l'Association amicale, pour tout ce qui serait favorable à son développement et à sa bienfaisante action.

Le Conseil d'administration.

Arrivons au projet que M. le Dr Cézilly vient de faire adopter par la société civile du *Concours médical.* Ce projet est excellent et nous ne saurions trop féliciter ses promoteurs d'avoir renoncé à leurs idées anciennes. Il ne s'agit plus, en effet, dans la nouvelle organisation, de la cotisation annuelle, égale pour tous les membres, de 48 francs par an, que M. Cézilly affirmait suffisante, non plus que de la cotisation de 50 francs fixée par M. Gassot et proposée au Syndicat du Loiret. Il n'est plus question d'admettre des membres fondateurs quel que soit leur âge, ni de nier l'utilité d'une visite médicale, au moment de l'admission, ni enfin de contester les difficultés d'administration d'une société de ce genre. Le projet publié par le *Concours médical* donne pleine et entière satisfaction aux objections que nous avions formulées contre les projets antérieurs. Nous n'essaierons donc pas de rappeler les articles qui nous ont valu, surtout au mois de juin dernier, de si bouillants anathèmes. Nous préférons louer très sincèrement M. le Dr Cézilly d'avoir consulté, comme nous l'avions fait nous-même depuis l'année 1889, un actuaire expérimenté et d'avoir pu, grâce à sa collaboration, établir que pour obtenir *pendant deux mois consécutifs* une indemnité de maladie de dix francs par jour, il faudra verser une prime annuelle variant entre 54 francs par an, si l'on a 25 ans, et 118 francs par an si l'on a 64 ans. La moyenne des versements, celle qui correspond à l'âge où l'on songe à s'assurer contre la maladie, c'est-à-dire à 40 ans, sera de 71 francs.

Nous ne pouvons qu'engager tous nos confrères à demander à M. le Dr Cézilly communication des statuts de l'*Association amicale des médecins français.* Elle présente sur l'*Association médicale mutuelle* du département de la Seine les avantages suivants : 1° Elle est accessible à tous les médecins français ; 2° elle a un tarif moins élevé et variable avec l'âge des adhérents ; 3° elle reçoit des adhésions jusqu'à l'âge de 64 ans, ce qui est très important, puisque c'est de 45 à 60 ans que l'on songera surtout aux risques de maladies et par conséquent à l'utilité d'une assurance.

Par contre, tandis que l'*Association médicale mutuelle* garantit une indemnité de 3,600 francs par an aux médecins malades, âgés ou infirmes pendant toute la durée de leur existence, l'*Association amicale* n'alloue 10 francs par jour que pendant 60 jours consécutifs (1) et remplace ensuite cette indemnité-maladie par une allocation de 100 francs par mois jusqu'au jour de la guérison (2).

On voit que les précautions les plus sérieuses ont été prises pour assurer la vitalité de cette nouvelle association. Elle réussira si les médecins français savent comprendre, comme les médecins anglais, l'utilité des œuvres de prévoyance, et s'ils ne reculent pas devant une prime un peu élevée, pour être certains d'obtenir, quoi qu'il arrive, l'indemnité qui leur aura été promise.

Une œuvre de ce genre, si utile qu'elle soit, si sûre qu'elle puisse être au point de vue de son avenir financier, devait-elle être organisée par l'Association générale, le pouvait-elle ? Nous n'hésitons pas à répondre que, *légalement*, nous nous serions toujours heurtés aux objections qui nous ont été faites, alors que la question indemnité-maladie a été discutée entre les hauts fonctionnaires du ministère de l'Intérieur et le rapporteur du conseil général ; et que, *pratiquement*, le conseil de l'Association n'était pas en mesure d'imposer aux Sociétés locales une œuvre que la majorité d'entre elles se refuse encore à adopter. On oublie trop souvent que, parmi nos sociétaires, il en est un très grand nombre qui, soit par leur situation de fortune, soit par leur âge, ne pourront jamais faire partie d'une association mutuelle contre la maladie ; qu'il en est d'autres qui refusent de se soumettre à la visite médicale préalable à toute admission ; qu'enfin les présidents et trésoriers des Sociétés locales n'accepteraient qu'avec répugnance la charge d'administrer l'œuvre nouvelle et que le trésorier général de l'Association n'a point voulu en gérer les fonds.

Pour tous ces motifs, nous demeurons convaincu que le projet de M. le docteur Cézilly n'eût pas été adopté, s'il avait été, par l'un de nous, présenté à l'une de nos assemblées générales. Mais cette réserve ne nous empêche pas d'en approuver l'économie. Nous faisons, au contraire, des vœux pour que M. le docteur Cézilly recueille des adhésions nombreuses parmi les médecins à qui l'indemnité en cas de maladie pourra être utile, et nous voudrions que, fidèle à son but tout à la fois charitable et confraternel, l'Association générale encourageât ses adhérents à s'inscrire au nombre des sociétaires

(1) Ce qui est la très grande majorité des cas, pour la plupart des accidents et des maladies.

(2) Le calcul a démontré que, pour anéantir la responsabilité d'une indemnité de 3650 fr. par an, pour les chroniques, on aurait été obligé à un gros accroissement des primes.

de l'*Association amicale des médecins français*. Il est évident, en effet, que ceux de nos confrères qui auront pu économiser les fonds nécessaires pour faire partie de l'*Association amicale* n'auront plus besoin, si la maladie vient à les arrêter, des subsides que l'*Association générale* pourra leur offrir. Les ressources dont nous pouvons disposer s'adresseront, dès lors, soit aux déshérités de la profession qui ne peuvent économiser, parce qu'ils ont à peine de quoi vivre, ou bien à leurs veuves et à leurs orphelins toujours dignes de notre sympathie, trop souvent laissés sans fortune et obligés de solliciter annuellement des secours que nous serions si heureux de leur offrir avec plus de libéralité.

Il y a donc place, en France, au sein du corps médical, pour toutes les œuvres que nous venons de citer. Elles devront s'entr'aider, se compléter les unes les autres. Souhaitons leur succès, applaudissons aux efforts tentés pour les faire réussir ; exprimons surtout le vœu que leur union, leur accord atténue d'abord et fasse disparaître ensuite les trop nombreuses misères dont souffre une partie du corps médical français.

L. Lereboullet.

Quelques considérations sur un point spécial.

Lorsque le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical a présenté le projet de statuts de l'Association amicale des médecins français, une critique lui a été immédiatement adressée.

Cette critique touchait les organisateurs et non l'organisation elle-même ; nous croyons cependant devoir y répondre.

Pourquoi, a-t-on dit, limiter la participation à l'âge de 65 ans ?

C'est précisément avec les années que les maladies deviennent plus fréquentes, et c'est à l'âge où l'indemnité deviendrait le plus nécessaire que vous la supprimez.

Notre réponse a été simple : à partir de 65 ans, il n'y a plus de données certaines dont on puisse faire état, on tombe dans l'inconnu, on s'expose à tous les aléas. S'il s'était agi de secours, nous aurions passé outre ; mais il s'agit d'un droit et nous aurions été coupables de ne pas prendre toutes les mesures capables d'assurer la jouissance de ce droit.

Nous avons proposé la participation de 25 à 65 ans, ajoutant que nous continuerions nos études et verrions s'il était possible de faire quelque chose au-delà.

Dans tous les cas, nous l'avons dit, et on a bien voulu le reconnaître, il aurait fallu augmenter considérablement le chiffre des cotisations pour prolonger la participation de quelques années.

Mais nous ne nous sommes pas désintéressés pour cela des confrères plus âgés et nous leur rappellerons qu'une autre œuvre du Concours vient précisément répondre, en partie, à l'objection qui nous a été faite : la caisse des pensions de retraite du Corps Médical français.

En effet, le médecin qui adhère à cette caisse en même temps qu'à l'Association médicale s'assure :

1° Jusqu'à 65 ans, en cas de maladie temporaire, l'indemnité de 10 francs par jour, et en cas de maladie prolongée ou d'impotence 1,200 francs par an.

2° A partir de 60 ans, une retraite de 1,200 francs, jusqu'à la mort.

Et combien, pour cette double garantie, doit-il verser annuellement ?

S'il adhère à	25 ans....	100 fr.	+ 54	= 154	fr.
»	30 ans....	131 »	+ 59	= 190	»
»	35 ans....	177 »	+ 65	= 245	»
»	40 ans....	247 »	+ 72	= 319	»
»	45 ans....	368 »	+ 80	= 448	»
»	50 ans....	614 »	+ 89	= 703	»

Il n'y a plus en réalité de limite d'âge, grâce à cette double organisation, et la pension de retraite vient remplacer l'indemnité de maladie, lorsque celle-ci vient à cesser

Et l'on conviendra que lorsqu'on a passé 65 ans, on a bien plutôt besoin d'une retraite fixe et régulière, que d'une indemnité en cas de maladie.

La somme annuelle à verser est plus importante sans doute, mais est-on bien sûr qu'elle serait sensiblement moindre si la limite de 65 ans n'avait pas été prévue ? On admettra bien qu'à cet âge le nombre des journées de maladie s'accroît singulièrement et que les cas d'impotence sont beaucoup plus fréquents.

Il faut d'ailleurs remarquer que ces chiffres donnent droit, pour la période de 60 à 65 ans, tout à la fois à l'indemnité maladie et à la pension de 1,200 francs.

Quand nous avons fait la caisse des pensions, on nous a dit : ce n'est pas suffisant, il faut prévoir la maladie, l'impotence, etc..., nous comblons actuellement cette lacune. Plus tard nous pourrons peut-être faire plus encore, mais à chaque jour suffit sa peine, et les témoignages que nous avons déjà reçus nous prouvent que l'organisation de la Société amicale est très appréciée de nos confrères.

Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie.

Procès-verbal de la réunion du 8 *décembre* 1893.

Le Conseil d'administration provisoire de la Société, désigné dans la réunion générale des membres du Concours médical le 19 novembre dernier, a tenu aujourd'hui sa première séance au siège social, 23, rue de Dunkerque (Paris), dans les bureaux du journal le « Concours médical ».

Etaient présents : MM. les Drs Cézilly, Gassot, Maurat, Jeanne.

Excusé : M. le Dr Archambaud.

Le Conseil s'est préoccupé tout d'abord de déterminer le rôle de chacun de ses membres dans l'organisation et l'administration de la Société.

Sur la proposition de M. le Dr Gassot, les attributions sont réparties comme il suit :

Président et vice-président.

Le Président de l'association, et, à son défaut, le Vice-Président, représente l'Association vis-à-vis des tiers.

Il est chargé de poursuivre l'approbation des statuts et des modifications à ces statuts qui pourraient intervenir.

Il préside les séances du Conseil d'administration.

Il signe, conjointement avec le secrétaire gé-

néral et le secrétaire des séances, les décisions qui doivent être transmises aux adhérents.
Il préside l'Assemblée générale.
Il est chargé de la propagande générale.
Il assure la stricte exécution, par tous, des statuts et règlements de l'Association.

Secrétaire général.

Le Secrétaire général est chargé de la correspondance et de la propagande privée.
Il assure l'exécution des prescriptions statutaires pour les adhésions : il centralise les pièces nécessaires et les soumet au Conseil d'administration.
Il est chargé de la constitution des dossiers des adhérents.
Il assure le contrôle des déclarations de maladie, et présente, sur chaque cas, le rapport au Conseil d'administration.
Il signe, conjointement avec le Président et le Secrétaire des séances, les décisions qui doivent être transmises aux adhérents.
Il est chargé de tous les rapports avec les corpondants de l'Association, dans les départements.
Il est chargé de la convocation des assemblées générales et des détails de leur tenue.
Il instruit les affaires litigieuses et les soumet au Conseil d'administration.
Il présente chaque année à l'Assemblée générale un rapport sur le fonctionnement de l'association, pendant l'année écoulée et sur sa situation morale.
Il a la garde des archives de l'Association.
Il assure la publication des divers comptes rendus dans le « Concours médical » et les organes de la presse médicale.

Trésorier.

Le trésorier encaisse les cotisations semestrielles dont il délivre reçu.
Il est chargé de la comptabilité de l'Association.
Il soumet au Conseil d'administration, lors de chacune de ses séances, un exposé sommaire de la situation financière de la Société.
Il effectue les divers payements, sur pièces établies par le Conseil d'administration.
Il signe toutes les pièces comptables et en a la garde, jusqu'à la fin de l'exercice en cours.
Il présente, chaque année, à l'assemblée générale, le rapport sur la gestion de l'exercice écoulé et sur la situation financière de l'Association.

Secrétaire des séances.

La Secrétaire des séances dresse le procès-verbal des séances du Conseil d'administration.
Il signe, conjointement avec le Président et le Secrétaire général, les décisions qui doivent être transmises aux adhérents.
Il dresse le procès-verbal de l'Assemblée générale.

Après avoir adopté à l'unanimité les dispositions ci-dessus, qui règlent le fonctionnement du Conseil d'administration de la Société, le Conseil provisoire s'est constitué en nommant :

Président : M. le Dr Cézilly.
Vice-Président : M. le Dr Maurat.
Trésorier : M. le Dr Gassot.
Secrétaire général : M. le Dr Jeanne.
Secrétaire des séances : M. le Dr Archambaud.

Le Conseil provisoire, ainsi constitué, examine ensuite les questions de détail relatives au fonctionnement de la Société et prend les déterminations suivantes :

1° Une formule d'adhésion dont la forme et la teneur sont déterminées par le modèle ci-contre, sera envoyée aux médecins, en même temps que les statuts.

2° Le médecin qui désirera faire partie de l'œuvre, devra retourner cette formule remplie au siège social, 23, rue de Dunkerque, Paris, en y joignant un de ces bulletins de naissance qui se délivrent gratuitement dans les Mairies.

3° Le Secrétaire général adressera alors au *postulant* :
A. Une feuille dite de déclaration et de demande d'admission, que le proposant remplira et remettra au médecin examinateur ;
B. Une lettre l'invitant à se mettre à la disposition du médecin chargé par le Conseil de l'examiner (médecin dont la résidence sera généralement peu éloignée), et lui rappelant que le *montant de la prime à payer est déterminé par l'âge compté à partir du prochain anniversaire.*

D'autre part, le Secrétaire général adressera au médecin examinateur désigné par le Conseil :
A. Une lettre lui demandant de vouloir bien procéder, gratuitement, à cet examen, en vertu des deux principes inscrits aux statuts : mutualité amicale et gratuité des fonctions ;
B. Le rapport médical ou questionnaire à remplir, qu'il sera prié de retourner *directement* en y joignant la feuille de déclarations du candidat, au secrétaire général, 23, rue de Dunkerque Paris.

4° Sur présentation de ces pièces, dont la teneur et la forme sont également déterminées le Conseil prononcera touchant l'admission, l'ajournement et le rejet de la proposition d'assurance.

Une formule d'admission sera alors envoyée au proposant ; une autre restera aux archives.

5° Chaque membre de l'Association aura, aux archives du secrétariat général, un dossier formé de toutes les pièces le concernant, déclarations, rapport médical, formule d'admission, déclaration de maladie, rapports du médecin contrôleur, reprise du travail, cessation de participation, etc....

M. le Président donne ensuite connaissance aux membres du Conseil de la liste des confrères qui ont déjà adhéré à l'œuvre.

Il invite le Secrétaire général à répondre le plus tôt possible à ceux qui ont demandé quelque renseignement ou soumis des observations spéciales, et propose au Conseil de désigner les médecins dont le gracieux concours sera réclamé pour l'examen des adhérents déjà inscrits.

Ces décisions sont mises à exécution sur le champ.

REPORTAGE MÉDICAL

M. Viger, ministre de l'Agriculture, a bien voulu, sur la demande du Conseil de Direction, recommander d'une façon toute particulière, à l'attention bienveillante de M. le Ministre des Finances, un membre du Concours, M. B. de T., Haute-Garonne, pour l'obtention d'un bureau de tabac. M. B. a perdu la vue en 1870 par suite de faits de guerre. *Il* a été cité, à l'ordre du jour, pour action d'éclat.

— Nous avons à souhaiter la bienvenue à un nouveau journal : *la Presse médicale*, publié par un comité de rédaction présidé par le Dr *Landouzy*. Secrétaire de la rédaction Dr de *Lavarenne*, 3, rue Racine.

— Le Dr *Courgey*, d'Ivry, a reçu de l'Académie, une médaille d'argent, pour son travail sur 3.216 vaccinations.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL «

N° 3851. — M. le Dr Mathon, de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

N° 3852. — M. le Dr Moreau, de Chaource (Aube).

N° 3853. — M. le Dr Marset, à Lavoute-Chilhac (Haute-Loire), membre de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

N° 3854. — M. le Dr Gafé, de Nantes, membre du Syndicat de la Loire-Inférieure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bonnichon, de Saint-Amand (Cher) et Giscaro, de Toulouse, membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Guide pratique des Sciences médicales, publié sous la direction scientifique du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. Encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages, cartonné à l'anglaise, 12 fr.

Nous ne saurions mieux faire pour éclairer le praticien sur la valeur de notre Guide pratique que de reproduire textuellement l'article paru dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Voici ce qui a été dit de notre encyclopédie de poche :

C'est un véritable chef d'œuvre que ce *Guide pratique des sciences médicales* qui vient de paraître, car on trouve réuni dans ce petit volume tout ce qui a trait à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique. Rien n'est omis : maladies cutanées, électricité médicale, odontologie, analyse des urines, toxicologie, tout est traité, et c'est un véritable tour de force, de la part des auteurs, d'avoir réussi à condenser ainsi toutes les connaissances indispensables de l'art médical.

La partie thérapeutique est des plus soignées, et, outre les paragraphes spéciaux consacrés au traitement, à la fin de la description de toutes les affections, il existe quatre formulaires : 1° un formulaire général extrêmement bien fait ; 2° un formulaire spécial pour les maladies de la peau, renfermant les principales formules des maîtres en dermatologie ; 3° un formulaire spécial pour les maladies des nouveau-nés et des enfants ; 4° un formulaire spécial d'odontologie.

N. B. — Le Guide pratique des Sciences médicales, formant un beau volume cartonné de 1,500 pages, est expédié franco contre un mandat-poste de 12 francs, adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

MM. les Médecins qui ont acheté le volume de 1891, sont priés de nous demander le supplément pour 1892 dont le prix est de cinq francs. Ceux qui, au contraire, n'ont encore acheté aucun volume, ont à adresser dix-sept francs pour recevoir les deux au complet, c'est-à-dire l'année 1892 et son supplément.

Ce livre remplace avantageusement tous les vade-mecum ou bibliothèques médicales qui dispersent en plusieurs volumes des connaissances parfaitement condensées en lui seul.

Vient de paraître :

Le supplément pour 1893. Prix **5** fr.

ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

POUR LA DÉLIVRANCE DE L'INDEMNITÉ-MALADIE

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (nom et prénoms)____________________________

*résidant à*________________ *Département d*________________

*né le*______________ *à*______________ *Département d*______________

*Docteur en Médecine ou Officier de Santé, reçu devant la Faculté de*________

________________________ *le*________________________

*déclare adhérer aux Statuts de l'***Association amicale des Médecins Français,** *et après avoir pris connaissance des tarifs, demande mon admission.*

*A*________________, *le*________________________

(Signature)

La présente adhésion doit être envoyée au Secrétaire Général de l'Association, **23, rue de Dunkerque, Paris.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX Frères, 3, place Saint-André. — Maison spéciale pour Journaux et Revues.

Seizième année N° 2 13 Janvier 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les officiers de santé candidats au Doctorat.

Conformément à la décision prise par le *Conseil de Direction*, le Directeur du Concours médical a renouvelé près du Ministre de l'Instruction publique, les démarches qu'il avait faites au sujet de l'application du décret du 31 juillet 1893.

Malheureusement il n'a pas trouvé près de M. Spuller insuffisamment informé les dispositions favorables qu'il avait rencontrées près de M. Poincaré. Celui-ci avait promis d'examiner à nouveau la question avec toute la bienveillance, que comportait la situation de nos confrères officiers de santé.

Voici la lettre que M. Spuller a adressée au Dr Cézilly :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Paris, 14 *décembre* 1893.

Monsieur,

J'ai pris connaissance des desiderata que vous m'avez fait l'honneur de m'exposer dans votre lettre du 22 novembre 1893 au sujet de l'application aux officiers de santé, aspirants au doctorat, des dispositions du décret du 31 juillet 1893. Vous exprimez le vœu: 1° que les sommes déjà payées en vue de l'officiat soient déduites de celles à verser pour le doctorat; 2° que les sommes exigibles puissent être payées par acomptes; 3° que sur la demande des municipalités, des réductions soient en certains cas accordées.

Tout d'abord, permettez-moi de vous faire remarquer que l'officiat est un titre absolument distinct du doctorat et que l'un et l'autre donnent lieu à la perception de rétributions scolaires spécialement établies par les règlements pour chacun d'eux. Il en résulte, d'une part, qu'il est impossible de tenir compte dans l'établissement des sommes à percevoir en vue du doctorat, de celles qui ont été précédemment acquittées pour l'obtention du titre d'officier de santé, et, d'autre part, que le décret du 31 juillet autorisant les officiers de santé, aux conditions qu'il détermine, à postuler le grade de docteur leur confère en fait des dispenses de grade, de scolarité et d'examens en vue du doctorat, dispenses qui, par application du décret du 22 août 1854, ne peuvent être accordées autrement qu'à charge pour les bénéficiaires de payer tous les droits afférents aux actes dont ils sont dispensés.

Le paiement par acomptes de ces droits n'est dès lors admissible qu'autant que cette mesure est conforme aux prescriptions du décret du 22 août précité. Or, ce décret stipule formellement que le bénéfice d'une équivalence ou d'une dispense n'est acquis à l'étudiant qu'après que celui-ci a acquitté intégralement les droits correspondants. Dans ces conditions, les officiers de santé, aspirants au doctorat, qui sont tenus de subir les épreuves des 3e et 5e examens et de la thèse, doivent : 1° avant d'être admis à se présenter au 3e, payer toutes les sommes afférentes aux actes scolaires antérieurs, soit :

Pour dispense des deux baccalauréats	170 fr.	1.015 fr.
Pour dispense des 4 années de scolarité des 1er et 2e examens de doctorat	845 fr.	
2° Une fois le 3e examen subi ils ne peuvent se présenter au 5e sans justifier du paiement des droits correspondant à la dispense du 4e, soit		55 fr.
Ensemble		1070 fr.

Ce paiement en deux fois, tel que l'a établi la circulaire du 9 octobre 1893, rendue en exécution du décret du 31 juillet, est le seul admissible, car il est le seul donnant satisfaction aux exigences du décret de 1854.

Enfin, quant aux réductions à accorder, l'intervention des municipalités ne se justifierait pas, puisque les droits de dispenses de grades, de scolarité et d'examens sont toujours et sans aucune exception, encaissés au profit du Trésor public.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée,

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-arts et des Cultes,

E. SPULLER.

Cette si grande rigueur s'explique mal, après toutes les condescendances qu'on a vues pour les étudiants étrangers, auxquels bien souvent remise totale des frais a été consentie.

Nous ne pouvons renouveler, actuellement, nos démarches, mais nous restons à la disposition de nos confrères, officiers de santé, s'ils veulent se concerter, rédiger une pétition au Parlement et nous l'adresser.

Si cette pétition, fortement motivée et recouverte d'un nombre respectable de signatures, pouvait être appuyée par quelque personnage politique influent, il nous paraît impossible qu'elle n'obtienne pas satisfaction. Si donc elle nous était adressée, nous nous efforcerions de la faire aboutir.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie et traitement des amygdalites.

Dans un nouveau journal, la *Presse Médicale*, le Dr Lermoyez, de Paris, envisage de la manière suivante la conduite à tenir en présence d'un cas d'amygdalites à répétition :

« Le plus souvent, il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq à trente ans, qui résume ainsi son histoire. Au cours de sa quinzième année, à la suite d'un refroidissement, elle a été prise d'une angine à points blancs ; depuis ce moment, le mal de gorge est revenu un grand nombre de fois, d'abord à intervalles espacés, plus tard presque tous les mois, de préférence aux époques menstruelles. Ses atteintes, qui, au début, s'accompagnaient d'une fièvre intense pendant plusieurs jours, se sont peu à peu atténuées ; mais de temps à autre, et récemment encore, une poussée d'amygdalite se fait plus violente, et forme un abcès.

Si, pendant une période de santé intercalaire, on examine la gorge de cette femme, on s'étonne à première vue de n'y pas constater de lésion. Les amygdales, qu'on s'attendait à trouver volumineuses, sont au contraire petites, effacées et ratatinées dans leur loge, très dures au toucher ; à part un léger épaississement de la muqueuse qui double les piliers de la luette, tout est normal. Mais si l'on pratique une exploration plus soignée sous un bon éclairage, on remarque qu'il existe, à la surface de ces amygdales, un certain nombre d'ouvertures béantes ; un crochet mousse, qu'on y introduit, pénètre profondément, et souvent ressort par l'orifice d'une crypte voisine, chassant devant lui un petit bloc blanchâtre, de consistance caséeuse, d'odeur fétide. La malade raconte, du reste, qu'instinctivement, elle se livre à une semblable manœuvre, enlevant de temps à autre les points blancs de ses amygdales avec une épingle à cheveux, quand elle commence à en souffrir.

Il y a tout avantage à clore définitivement la série de ces amygdalites ; ce n'est pas impunément que l'économie subit les assauts périodiques que lui livrent ces infections tonsilaires.

Mais comment y parvenir ? Les précautions hygiéniques, les médications générales sont, en cette circonstance, d'un bien faible secours. *Le traitement local est nécessaire et suffisant.* Il se présente sous deux formes : médical et chirurgical.

1° *Traitement médical.* — A n'employer que si la malade est très pusillanime. Il consiste à assurer l'asepsie des amygdales : *a*) en les badigeonnant chaque jour avec des substances microbicides fortes (glycérine iodée, salol camphré, etc.) ; *b*) surtout en pratiquant l'antisepsie des cavités naturelles voisines. L'arrivée des microbes aux cryptes amygdaliennes se fait de deux côtés : en avant, par la voie buccale ; en arrière, par la route naso-pharyngienne. On conseillera donc, d'une part, les gargarismes fréquents pratiqués plusieurs fois par jour, au lever, au coucher, surtout après les repas ; d'autre part, on prescrira les irrigations nasales bi-quotidiennes, faites au commencement et à la fin de la journée. Les solutions seront employées aussi chaudes que possible : pour prévenir l'accoutumance, qui rapidement détruit leur efficacité, on les variera souvent, au moins tous les mois. Les solutions antiseptiques le mieux tolérées par la muqueuse nasale sont celles d'acide borique (3/100), de salicylate de soude (1/100), de résorcine (2/100). Quant aux antiseptiques buccaux, ceux qui réalisent le mieux la triple indication d'agir rapidement, de n'être point toxiques et de ne pas altérer l'émail des dents, sont les solutions d'acide thymique (1/3000), d'acide salicylique (1/500), d'acide benzoïque (1/400) ; la solution alcoolique de saccharine non alcalinisée est un excellent dentifrice.

Ce traitement médical est très imparfait. Simple palliatif, il doit être continué indéfiniment, constituant ainsi une sujétion fort ennuyeuse. Il est, de plus, insuffisant, car il ne réalise qu'une asepsie amygdalienne relative et toute de surface ; le fond des cryptes, véritables étuves de cultures où s'établissent les amygdalites, lui échappe entièrement.

2° *Traitement chirurgical.* — Moyen simple et très sûr pour amener rapidement une guérison durable, à condition que le mode d'opération choisi réponde au but qu'on se propose. Aussi, il ne peut être question d'amygdalotomie, puisque dans le cas présent les amygdales ne sont ni grosses ni saillantes. La cautérisation ignée (thermo ou galvanocautère) peu recommandable à cause de la réaction douloureuse, violente qu'elle provoque, serait ici plus nuisible qu'utile ; créant une sclérose qui rétrécit l'embouchure des cryptes, elle rendrait plus difficile encore l'évacuation de celles-ci ; on peut dire qu'elle « enfermerait le loup dans la bergerie ». Le procédé de choix est la *discision*. Elle consiste à faire sauter les ponts de tissu amygdalien qui séparent les cryptes, et à ouvrir largement celles-ci, de façon à ce que la rétention des sécrétions, des débris alimentaires n'y soit plus possible, et que, par suite, les fermentations microbiennes cessent de s'y produire. C'est, en un mot, appliqué à l'amygdale, le traitement classique de la fistule à l'anus ; transformation de clapiers en surfaces planes, et suppression de la stagnation qui s'y fait. La discision se pratique à l'aide d'un crochet spécial ; faite par une main exercée, avec l'aide de la cocaïne, elle cause une douleur insignifiante, une hémorrhagie très faible ; et, ne déterminant presque pas de réaction inflammatoire, elle évite les souffrances consécutives.

En deux ou trois séances, la malade est radicalement débarrassée pour l'avenir, de ses amygdalites ; elle n'aura plus alors à s'astreindre à des précautions désormais inutiles.

Les eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis.

M. le Dr *Dresch*, dans une étude fort concise, rappelle avec clarté les avantages du traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses ; voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Nous estimons que le cadre d'application des eaux sulfureuses en général et de certaines en particulier, doit considérablement s'élargir et qu'il y a lieu d'ajouter *toujours* la cure thermo-minérale sulfureuse à la médication mercurielle, méthodiquement appliquée, suffisamment prolongée avec des pauses raisonnées et raisonnables, médication préalable, la seule spécifique, indispensable et inéluctable. Nous prétendons que, durant la période secondaire, c'est-à-dire pendant tout le temps que le mercure est appelé à jouer son rôle extincteur du virus et préventif du tertiarisme — principal objectif de nos efforts thérapeutiques — le soufre est le corollaire *indispensable*, comme le deviendra l'iodure, quand les accidents tertiaires — qui sont encore, trop souvent, l'opprobre de la médecine — viendront à se révéler.

Or, que fait-on le plus souvent ? Sur les observations du syphilisé, doublé le plus souvent d'un *hydrargyrophobe*, le praticien dispense à son client, d'une main trop parcimonieuse, le mercure, oublieux que, seul, le mercure peut guérir et peut préserver. Disposé à complaire au pauvre vérolé, fréquemment dégénéré en neurasthénique, il l'abreuve prématurément d'iodure qui lui fatigue bien davantage les voies digestives, ou, prenant un moyen détourné, il ordonne le trop fameux *Sirop de Gibert*, qui contient peu de mercure avec une inutile quantité d'iodure, si l'on se trouve encore dans la période d'action nécessaire du mercure et beaucoup trop peu d'iodure, avec trop de mercure, quand l'indication de la médication iodurée est formelle. En somme, fastidieuse préparation qui présente peut-être quelqu'avantage, à l'usage des enfants soupçonnés d'*hérédosyphilis*.

En définitive, le syphilisé prend, le plus souvent, trop peu de mercure, *pro die*, et durant trop peu de temps. Il croit suppléer à un traitement incomplet par le mercure, avec une absorption hâtive d'iodure. Propagée par quelques médecins et par la plupart des pharmaciens, grands spécialistes, comme on sait, en matière de syphiligraphie, l'idée que le mercure est plus nuisible à l'organisme que la maladie elle-même, hante le malade. Il est pressé de laisser, à tout jamais, protoiodure et sublimé ; mais il brûle d'approcher ses lèvres de la coupe *simplement* iodurée, mais *bisacrée* pour lui, car on lui a dit que cet iodique est le seul qui purge son sang, ses humeurs et ses cellules, du virus et surtout du poison.

A l'exception des cas bien rares d'intolérance absolue, difficulté que l'on peut, le plus souvent, tourner par les artifices bien connus d'applications, antisepsie de la bouche et de l'intestin, frictions, injections sous-cutanées, choix de préparation, etc., nous sommes d'avis qu'il est bien préférable de faire succéder le traitement sulfureux à la cure spécifique. On fait ainsi rendre au mercure tout ce qu'il peut donner par ce va et vient *espacé*, de dehors en dedans et de dedans en dehors. Appliqué durant la période secondaire, le traitement sulfureux présente les mêmes avantages que l'iodure, dont l'action bienfaisante doit, alors, être réservée surtout pour combattre les algies diverses, céphalées, myosalgies, arthralgies, etc.

L'effet de l'iodure est, nul ou à peu près sur la plupart des phénomènes éruptifs, sans oublier les plaques muqueuses. Il a le grave inconvénient de susciter, à son tour, des éruptions qui risquent de se confondre avec les syphilides, dont le polymorphisme forme un des côtés essentiels. De plus, il a une action, souvent détestable, sur le naso-pharynx et, à un moment donné, le malade et le médecin ne savent plus la part qu'il faut faire à la vérole, à l'agent thérapeutique et aux diathèses associées. C'est à ce moment, qu'à l'exemple de Ricord, il faut laisser reposer sirop et pilules et envoyer le malade se promener. Les eaux sulfureuses font alors le plus souvent merveille. Au retour, si certains des accidents persistent, on est sûr qu'on est en présence de la seule diathèse, et le malade, après une halte suffisante qui lui a permis d'éliminer son mercure accumulé et de se relever de la double cachexie, morbide et médicamenteuse, peut supporter à nouveau le traitement nécessaire.

Ce que nous voulons qu'on vienne demander à certaines eaux sulfureuses, c'est de guérir de l'hydrargyrisme et faire cesser l'accoutumance. Comme le dit très bien Rollet, de Lyon, l'organisme n'étant plus blasé sur le remède, redevient beaucoup plus sensible à l'action curative de Hg et, de plus, tonifié par la cure thermale, supporte beaucoup mieux les doses nécessaires.

Toutes les eaux sulfurées sodiques fortes suffisent à peu près également à remplir l'indication que nous nous efforçons à mettre en lumière, car le sulfure de sodium, introduit dans l'économie, passe dans le sang à l'état d'hyposulfite et de sulfite de soude. »

Le syndrome de Gubler-Millard.

M. le Dr *Weil* vient, dans une thèse récente, de faire une étude intéressante des hémiplégies alternes, c'est-à-dire des paralysies des membres d'un seul côté accompagnées de la paralysie d'un nerf crânien de l'autre côté. Il a fixé ses recherches sur une variété de ces hémiplégies alternes, le *syndrome Gubler-Millard*.

Gubler et Millard démontrèrent (Gubler, *De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire et comme preuve de la décussation des nerfs fasciaux*, in *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1856, p. 749, 789, 811, 818 ; — Millard, *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1856) que la paralysie alterne qui affecte la face d'un côté et les membres du côté opposé dépend d'une lésion de la partie inférieure de la protubérance. Et c'est à juste titre que ce complexus symptomatique, est aujourd'hui désigné par leurs noms, réunis dans l'appellation de : *Syndrome de Gubler-Millard*.

A côté des cas qu'on peut appeler classiques, et dans lesquels il est possible de rapporter à

une lésion unique, protubérantielle, tous les symptômes observés, il y a d'autres cas où la symptomatologie, quoique semblable à celle des cas précédents, relève de lésions uniques ou multiples, occupant, dans le système nerveux central ou périphérique, les sièges les plus divers et quelquefois les plus inattendus, tandis que le mésocéphale est resté entièrement sain.

D'autres fois, mais plus rarement, un syndrome simulant absolument l'hémiplégie alterne d'origine intra-protubérantielle, se présente à l'observateur et lui fait appréhender les plus graves lésions, alors qu'une étude très attentive des caractères de l'affection, ainsi que son évolution, viennent démontrer la nature purement hystérique de la maladie et en modifier heureusement le pronostic.

En présence d'un cas d'hemiplégie alterne du type dont il s'agit, on doit donc se rappeler les trois alternatives suivantes :

1° Ou une lésion unique du mésocéphale ;

2° Ou d'autres lésions circonscrites ou diffuses, uniques ou multiples, de la base du crâne ou des hémisphères cérébraux, intéressant un ou plusieurs nerfs périphériques ;

3° Ou un syndrome placé sous la dépendance de l'hystérie, si bien appelée par M. le professeur Charcot la grande simulatrice des affections organiques du système nerveux.

Or, de ses recherches, M. Weil conclut que :

1° De tous les symptômes qui peuvent faire partie du syndrome de Gubler-Milard, un des plus intéressants au point de vue du diagnostic paraît être la paralysie du moteur oculaire externe. Et parmi les diverses modalités de cette paralysie, il faut noter principalement celle qui est caractéristique de la lésion du noyau du sixième nerf, c'est-à-dire : strabisme interne de l'œil correspondant, impossibilité pour l'œil opposé de se porter en dedans au delà de la ligne médiane. Quand ces signes se présentent, en même temps que la paralysie faciale du même côté et la paralysie ou parésie des membres du côté opposé, on ne peut douter qu'il n'y ait lésion de la protubérance. On peut ainsi distraire, de l'ensemble des cas d'hémiplégie alterne, une première série où le diagnostic paraît absolument assuré.

2° Il faut placer dans une deuxième série les cas où il existe encore de la paralysie du sixième nerf, mais avec les caractères qui décèlent la lésion des fibres efférentes seules, sans altération du noyau, c'est-à-dire : impossibilité de porter en dehors l'œil correspondant, conservation complète des mouvements de l'œil opposé, qui peut notamment s'avancer en dedans, jusqu'à l'angle interne. Dans cette deuxième série de cas, la paralysie du sixième nerf ne suffit pas pour assurer le diagnostic de lésion du pont de Varole, puisqu'une interruption du nerf sur un point quelconque de son trajet périphérique produirait les mêmes symptômes. Il faut, dès lors, compter avec la possibilité de l'existence d'une tumeur ou d'une autre lésion de la base du crâne ou de l'hémisphère cérébral correspondant, par laquelle le tronc du sixième nerf aurait été comprimé ou détruit. Cependant l'association de la paralysie du facial et du moteur oculaire externe du même côté, jointe à l'hémiplégie des membres du côté opposé, doit faire admettre de préférence l'hypothèse de lésion de la protubérance, alors surtout que ces divers signes sont apparus simultanément, et subitement, et qu'il ne s'y joint pas un plus ou un moins grand nombre des symptômes insolites précédemment signalés, tels que : ptosis par contracture de l'une ou l'autre paupière, contractures partielles diverses (1), déviation conjuguée des yeux vers le côté de la face paralysé, insensibilité permanente d'un côté de la face avec lésions névro-paralytiques de l'œil correspondant, etc.

3° Reste, au point de vue spécialement envisagé ici, une troisième série de cas : c'est celle où il n'y a pas de paralysie du sixième nerf. Le diagnostic devient alors plus incertain encore. Toutefois, dans cette catégorie même, il y a une distinction à faire.

Existe-t-il une paralysie faciale d'un côté avec une hémiplégie des membres du côté opposé, sans aucun autre symptôme ? On ne pourra évidemment que faire des conjectures dénuées de certitude. Pourtant, ici encore, l'apparition subite et simultanée des symptômes, en dehors des cas de traumatisme serait un indice en faveur de la lésion protubérantielle.

Si au contraire il existe, en même temps que les deux signes susmentionnés, un nombre plus ou moins grand de symptômes concomitants, c'est dans l'étude attentive de ces derniers qu'on devra chercher une nouvelle base pour le diagnostic. Suivant que ces symptômes concomitants rentrent dans la série des symptômes habituels ou dans celle des symptômes insolites de la lésion intraprotubérantielle, on inclinera vers une hypothèse ou vers l'autre, sans néanmoins pouvoir affirmer d'une manière absolue la certitude du diagnostic. Une mention particulière est due à la lésion névro-paralytique d'un œil, qui, lorsqu'elle accompagne l'insensibilité de toute la moitié de la face du même côté, indiquerait bien plutôt une affection de la base du crâne qu'une affection de la protubérance.

4° Le syndrome hystérique simulateur du syndrome de Gubler-Millard sera, en général, facilement reconnu par l'examen de la sensibilité, la recherche des stigmates, et l'étude des antécédents du malade. — Et notamment l'existence d'attaques antérieures d'hémiplégie, qui auraient disparu sans laisser aucune trace, chez le même malade, constituerait, comme l'a montré M. le professeur Debove, un critérium de la plus haute valeur pour décider de la nature hystérique de la maladie.

MÉDECINE PRATIQUE

La néphroptose et l'entéroptose.

Parmi les nombreuses infirmités qui affligent les femmes à la suite d'affections abdominales et principalement à la suite de grossesses, il en est deux qui sont relativement fréquentes, ce sont le déplacement et la chute du rein et la

(1) Il est évident que les contractures tardives, survenant dans tout le côté hémiplégié, ne sauraient être rangées dans la catégorie des symptômes exceptionnels.

descente de la masse intestinale. A la première de ces infirmités on donne le nom de *néphroptose* ou rein mobile ; à la seconde, celui d'*entéroptose*.

Quoiqu'un peu différentes comme symptômes, ces deux affections sont connexes, car elles reconnaissent les mêmes causes et leur concomitance est fréquente.

Toutes deux se produisent par suite d'un relâchement assez brusque des ligaments suspenseurs et de la disparition rapide des coussins adipeux, qui supportent les reins et les intestins.

Ces accidents surviennent généralement après une ou plusieurs grossesses ou après une maladie générale grave et longue chez une femme adipeuse. Pour le cas de grossesse, il n'est pas besoin que la femme soit adipeuse : son état même produit un excès de graisse dans la région rénale et après la grossesse, cette graisse se résorbe. Si le ventre n'est pas convenablement soutenu, les organes tiraillés et ayant perdu leurs points d'appui, tombent dans la cavité abdominale agrandie. Le plus souvent ce sont les intestins et l'un des deux reins ou même les deux ; mais le foie peut éprouver le même accident, comme on en a récemment encore apporté un exemple à la Société médicale des hôpitaux. Ce dernier cas est très rare, nous le laisserons de côté.

I

CHUTE DU REIN OU NÉPHROPTOSE

Le rein mobile provoque, il est facile de se le figurer, un grand nombre de troubles de compression et de tiraillements. Il annonce son existence généralement avec brusquerie, soit sans cause apparente, soit à la suite d'un traumatisme, chute ou contusion violente de l'abdomen ou de la région lombaire. Tout à coup la malade éprouve une sorte de *crise néphrétique* ; une violente douleur dans les reins, irradiant dans l'abdomen d'un côté surtout, vers les aines et la racine des cuisses ; souvent elle a la sensation d'un déplacement intérieur et quelquefois peut percevoir en se palpant le ventre, une sorte de tumeur arrondie très douloureuse et tout à fait insolite.

L'intensité et la durée de la crise sont fort variables : la douleur peut être aussi forte que celle d'une colique néphrétique ; la femme, au milieu d'une bonne santé parfaite, est prise d'un spasme douloureux terrible dans les reins et l'abdomen et ne peut retenir des cris de souffrance, elle se courbe en deux et n'ose faire un mouvement ; elle a les traits de la face affreusement tirés, le nez effilé, les yeux creusés et ternes : la respiration est à peine perceptible, elle est saccadée et courte, souvent survient une syncope ou au moins une lipothymie, puis des efforts nauséeux, des vomissements bilieux ou porracés, du ténesme vésical avec anurie complète. Il semble qu'il se fait une pause de la vie. Tout à coup, la crise cesse ; une sorte de détente brusque se produit, toute douleur cesse, la malade éprouve un impérieux besoin d'uriner ; l'urine est tantôt claire, nerveuse, tantôt rouge, épaisse. Il ne reste absolument rien de cet épouvantable spasme de tout à l'heure. Chez certaines femmes, la douleur est moins violente ; mais il y a toujours cela de remarquable, que, dans les premiers temps au moins, après la crise survient un calme complet et la femme peut vaquer immédiatement à ses occupations. Dans de nombreux cas, la malade sent parfaitement son rein se déplacer, peut guider elle-même la main du médecin, qui le recherche dans son abdomen et se rend aussi bien compte du moment où l'organe déplacé rentre dans sa loge. Les crises surviennent souvent à chaque époque menstruelle, ou seulement tous les 2 ou 3 mois, quelquefois même à intervalles plus éloignés. Si on abandonne les choses à elles-mêmes, il arrive fréquemment que l'infirmité s'accentue ; les crises sont moins fortes, mais plus rapprochées ; la malade n'est bien que couchée : l'ascension d'un escalier, la nécessité de porter ou de soulever des objets pesants lui « décrochent » le ventre, comme elle dit. A propos de la moindre chose, quelquefois même sans cause, elle a des vomissements, du ténesme vésical, des douleurs lancinantes dans un côté du ventre. Il est exceptionnel que les deux reins soient déplacés ensemble.

Mais l'ectopie habituelle de l'un des reins est toujours une menace pour l'existence, car si l'autre rein arrivait à fonctionner mal, une crise d'urémie s'en suivrait infailliblement. Quelquefois même, par simple action réflexe, l'*urémie* peut se produire par simple ptose d'un rein, sans que l'autre soit malade. Le rein se déplace aussi bien du côté gauche que du côté droit et sa migration est très irrégulière ; il soulève le péritoine et descend dans une fosse iliaque, quelquefois du côté opposé à celui qu'il habite normalement. Il refoule l'intestin, le comprime, amène de la constipation, quelquefois même de l'étranglement interne, s'il ne peut revenir lui-même dans sa loge. Il comprime les veines iliaques, peut ainsi provoquer de l'œdème des jambes ou au moins d'une jambe ; sur les nerfs cruraux, sur les organes du petit bassin même et en particulier sur les ovaires et les trompes, en provoquant de vives douleurs.

Les tiraillements qu'il fait éprouver à son pédicule sont les principales causes des douleurs spasmodiques violentes des crises ; mais il ne se produit jamais de ruptures de ce pédicule. Quoique déplacé, le rein est naturellement susceptible des mêmes affections que quand il est dans sa situation normale : néphrite, kystes, hydronéphrose, gravelle et pyélite, peuvent compliquer un rein en ectopie, d'où naturellement une plus grande gravité dans la marche de ces maladies. Mais, même en dehors de ces complications, la néphroptose est véritablement une infirmité gênante pour les femmes, au même titre que les hernies, puisqu'elle les oblige fréquemment à un repos prolongé et les empêche de se livrer même aux travaux du ménage. Encore ne parlons-nous pas de l'hypochondrie que cette affection provoque souvent chez les femmes très nerveuses, qui ne pensent plus qu'à leur rein.

Il est souvent malaisé de reconnaître la néphroptose, car on peut avoir sous les yeux toute la symptomatologie des affections abdominales, depuis les tumeurs (néoplasmes, salpingites, fibromes, abcès osseux iliaques ou lombaires) jusqu'aux coliques (néphrétiques, hépatiques, gastralgiques) et si l'on ne pense à

la possibilité du rein mobile, faire les hypothèses les plus abracadabrantes et les plus fantaisistes. Il n'est pas jusqu'à la grossesse qui n'ait pu être confondue avec un rein mobile.

Lorsqu'après un interrogatoire minutieux, après une analyse exacte des urines, un examen soigné des viscères abdominaux et pelviens par le palper et la percussion, on n'a pu parvenir à trouver la cause de douleurs paroxystiques lombo-abdominales chez une femme, qui a eu une ou plusieurs grossesses, on pratique l'examen de la région lombaire, dans l'échancrure costo-iliaque de chaque côté. Appuyant bien à plat et avec légèreté la main gauche dans l'échancrure costo-iliaque droite de la malade, la main droite de la même façon en avant, sur l'abdomen au-dessus de la région de la fosse iliaque, dans le flanc droit, on imprime avec la main gauche un petit mouvement d'arrière en avant au rein droit et on doit le sentir avec la main droite bien appliquée sur le ventre. La même opération est pratiquée sur le rein gauche en faisant le tour du lit de la malade, plaçant la main droite à plat dans l'échancrure costo-iliaque gauche et la main gauche en avant à plat sur le flanc gauche. Le ballottement est recherché de ce côté, et ne doit pas s'accompagner de déplacement, de luxation du rein. Chez les femmes amaigries, il est possible, en appuyant progressivement la main qui est placée dans le flanc, d'arriver à toucher le rein et à le sentir nettement entre les deux mains à travers les parois. On se rend facilement compte alors de sa mobilité. Mais chez les femmes qui ont conservé ou repris de l'embonpoint, ce palper est assez malaisé, quoique praticable pour un homme exercé. Il est fréquent dans ces manœuvres de déplacer le rein, de le sentir voyager dans le ventre et de percevoir sa rentrée brusque dans sa loge, comme le ferait une tête articulaire luxée.

Deux modes de traitement sont à conseiller contre cette pénible infirmité et ils sont également efficaces. L'un orthopédique, non sanglant, consiste dans l'application d'une ceinture spéciale avec pelotte latérale concave destinée à maintenir le rein à sa place. C'est un bandage, gênant comme tous les bandages, qu'on ne doit quitter que dans le lit et replacer aussitôt qu'on se lève pour marcher.

Ce moyen est certainement efficace et suffit à lui seul à remettre sur pied bien des femmes, qui ne pouvaient marcher à cause de leur infirmité. Dès qu'elles portent leur ceinture, elles ne souffrent plus le moins du monde ; c'est un grand point. Mais beaucoup n'aiment pas s'astreindre à l'ennui de porter une ceinture ou ne sont pas suffisamment soulagées par cette ceinture, principalement quand le rein, en ectopie habituelle, ne peut plus rentrer dans sa loge. Pour cette catégorie de malades, il reste un deuxième moyen, c'est le procédé chirurgical opératoire, sanglant : la *néphropexie* ou replacement opératoire du rein et fixation dans sa loge par des sutures. C'est une opération délicate, mais ne donnant que des succès avec une antisepsie parfaite. La difficulté est de rechercher le rein ectopié par la plaie lombaire et de le ramener en bonne position dans sa loge normale. On le maintient au moyen de fils de soie résistants passés dans la capsule, en haut, en bas et latéralement, et fixés à la paroi musculaire lombaire. Avec des soins minutieux de propreté, aucune suppuration ne se produit et la fixation est assurée ; c'est la condition *sine quâ non* du succès. Un pansement est appliqué et en quinze jours, tout est guéri. Pendant quelque temps encore on maintient l'abdomen avec une ceinture légère, afin d'éviter les tiraillements trop forts avant la cicatrisation solide.

II

L'ENTÉROPTOSE.

Reconnaissant les mêmes causes que la néphroptose, l'entéroptose ou descente des intestins n'est véritablement classée parmi les maladies autonomes que depuis les travaux de *Glénard*, de Lyon. On connaît depuis longtemps les ventres flasques et retombants des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses ou simplement un amaigrissement rapide après une adiposité considérable. Mais on n'attribuait pas à cette difformité une grande valeur pathologique. On s'occupait bien des hernies, des éventrations, des ectasies du côlon et de l'estomac, mais on ne se rendait pas suffisamment compte des désordres réels. Or Glénard a montré qu'à la suite de grossesse, d'amaigrissement rapide, de relâchement des parois abdominales, les intestins pouvaient tirailler le mésentère, descendre dans le petit bassin, refouler la vessie, l'utérus, les annexes et se distendre exagérément de liquides et de gaz. Ce déplacement, quoique peu considérable, est suffisant pour tirailler les ligaments, les pédicules, et les viscères contigus aux intestins, l'estomac et le foie ; de là *des douleurs gastralgiques ou hépatiques* intenses, survenant brusquement au milieu d'une apparence de complète santé, provoquant des cris de souffrance, des sueurs froides, des lipothymies, quelquefois des vomissements et des syncopes, presqu'aussi pénibles que des coliques saturnines ou des coliques hépatiques. Les crises paroxystiques ne durent pas fort longtemps, une demi-heure, une heure, quelquefois deux ou trois heures ; elles cessent brusquement sans cause, sans aucune influence thérapeutique.

Tout rentre dans l'ordre comme dans les crises de la néphroptose. Plus les fatigues et les travaux de la malade sont durs, plus les crises sont fréquentes et rapprochées. Lorsqu'elles se terminent, survient une polyurie nerveuse, sorte de détente. Les aliments ne calment pas ces douleurs et la pression abdominale les exagère ; le foie est rarement augmenté de volume et l'estomac est souvent dilaté et clapotant.

Grâce à ces caractères fondamentaux, grâce à un examen attentif du ventre, de sa flaccidité, de ses bosselures difformes, on peut arriver aisément au diagnostic. La gastralgie est calmée aisément par les aliments, les coliques hépatiques ou saturnines se calment par la pression ; dans l'entéroptose, rien de semblable.

Enfin, l'affection passant pour ainsi dire à l'état chronique, les douleurs, les pesanteurs abdominales deviennent continuelles, la dilatation stomacale et la dyspepsie s'accentuent, les selles ne sont plus régulières, la malade devient hypochondriaque comme dans le cas de rein mobile.

On peut et on doit rechercher la situation des

reins dans le cas d'entéroptose ; on les trouve généralement à leur place et c'est un point important pour préciser le diagnostic. Mais les deux affections coïncident parfois et les symptômes s'en trouvent naturellement aggravés ; le traitement est néanmoins le même dans les deux cas.

Contre l'entéroptose, Glénard conseille de faire porter à la malade une ceinture plate relativement peu large qu'il appelle *sangle abdominale*, qui entoure le ventre de la malade au niveau du côlon transverse comme une sorte de ceinture de gymnastique. Deux pelotes latérales peuvent y être ajoutées pour maintenir de chaque côté les angles du côlon, et des sous-cuisses empêchent la ceinture de changer de place. Nous conseillons aussi une ceinture large en tissu de tricot à jour, sans baleines, moulant bien le ventre et le comprimant également sans le blesser ; outre la chaleur qu'elle maintient continuellement, cette ceinture empêche les déplacements et les surdistensions intestinaux en renforçant la paroi musculaire abdominale. Les malades sont soulagées presque immédiatement et ne peuvent plus se passer de leur ceinture. Si elles la quittent, les douleurs, les tiraillements, la gastralgie réapparaissent.

Comme procédé chirurgical, nous ne pouvons en signaler aucun qui soit pratique ; tout au plus, la résection de l'épiploon et d'une partie de la paroi abdominale seraient-ils vraiment efficaces. La ceinture serait encore nécessaire après une telle opération ; mieux vaut s'en contenter, sans intervention chirurgicale.

Dr Paul Huguenin.

HYGIÈNE

De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance.

L'exercice est indispensable aux enfants, mais il y a une mesure à garder dans les exercices physiques pendant l'âge de la croissance, attendu que, s'ils sont utiles à tous les enfants et à tous les adolescents, si, même violents, ils peuvent encore être favorables à la majorité d'entre eux, il est cependant des cas assez nombreux dans lesquels l'exercice n'est utile qu'à la condition d'être toujours modéré.

Actuellement, par suite de l'engouement qui se manifeste dans nos collèges pour les jeux violents et de l'émulation qu'on s'efforce de stimuler, avec excès peut-être, pour la réussite de ces jeux, le fait d'être inhabile ou inapte à plusieurs d'entre eux devient non seulement une déception pour certains enfants, mais une humiliation. Or, l'enfant ne se résout pas facilement à l'humiliation, et il fait des efforts désespérés pour y échapper, se livrant ainsi à un véritable surmenage physique, qui devient alors un danger réel.

Quand je jette un coup d'œil autour de moi sur les enfants qui peuplent un lycée parisien, j'en vois un bon nombre, qui me paraissent incapables de subir impunément tous les exercices sportifs qu'on a organisés depuis quelques années dans beaucoup d'établissements d'éducation, et j'ai pu observer directement plusieurs exemples évidents des résultats regrettables auxquels on peut aboutir par l'abus des exercices physiques.

J'ai vu des troubles cardiaques graves survenir chez des enfants qui, pour triompher dans une course, sont venus s'abattre au poteau d'arrivée, anhélants et fourbus. J'ai vu des ostéomyélites dont la cause occasionnelle avait été un match de foot-ball. J'ai soigné des typhlites causées par l'abus de la bicyclette et des fièvres de surmenage après un canotage passionné.

C'est pendant la croissance que ces divers accidents sont à redouter, et je n'ai ici en vue que l'enfant et l'adolescent.

Les troubles de l'appareil circulatoire sont les plus frappants par leur brusque apparition et leur intensité ; les plus ordinaires sont des accès de palpitations, toujours éveillés par l'exercice; les premiers sont généralement provoqués par une séance trop prolongée de cycle, de course ou de foot-ball ; ils sont modérément violents et cessent assez vite par le repos ; mais, si l'on n'y prend garde, ils deviennent de plus en plus fréquents, même avec un exercice mitigé, et ne prennent fin qu'après une suspension prolongée des exercices qui les avaient provoqués. Les palpitations s'observent surtout chez les adolescents de 14 à 16 ans, période pendant laquelle le développement de la cavité thoracique en largeur est souvent moindre proportionnellement que l'augmentation de volume du cœur. Elles acquièrent leur maximum d'intensité chez les sujets dyspeptiques, rhumatisants, de souche névropathique, et surtout chez ceux qui sont porteurs d'une altération orificielle méconnue, comme le rétrécissement mitral. Cette malformation, souvent congénitale, peut rester latente et ne se décèle quelquefois que par un dédoublement permanent du deuxième bruit, la facilité de l'essoufflement et la fréquence des épistaxis.

Mais l'accident type que produit le surmenage cardiaque est une dilatation aiguë des cavités droites, asystolie passagère, mais vraiment inquiétante, et dont j'ai observé deux cas chez des enfants de 11 à 15 ans, après une course à pied et après un match de foot-ball.

Comme accident imputable à un trouble de la circulation périphérique, j'ai observé de la tuméfaction avec engourdissement des pieds et des mollets, et même un peu d'œdème malléolaire et prétibial chez un sujet, qui avait des varices précoces et qui se livrait à de trop longues séances de bicycle.

Les épistaxis, si communes chez certains enfants arthritiques, sont plus fréquentes et plus durables après les longues séances de jeux violents.

J'ai observé un cas où les troubles circulatoires des petits vaisseaux ont amené leur rupture dans des régions où l'hémorrhagie n'est pas sans gravité. Il s'agit d'un garçon de 12 ans, présentant un degré assez avancé d'obésité et notamment de surcharge graisseuse abdominale. Faisant d'ordinaire peu d'exercices physiques, ou du moins n'en faisant que d'une façon intermittente, il a été pris, après une excursion en bicyclette, d'une hémorrhagie intestinale attestée par des garde-robes mélæniques qui se sont reproduites pendant trois jours. Ce mélæna fut précédé d'un état général de courbature fébrile assez inquiétant et s'accompagna de lipo-

thymies, d'intermittences cardiaques, d'une extrême pâleur. Des douleurs spontanées se manifestèrent au niveau de la fosse iliaque gauche et la palpation en ce point permit, la flexion de la cuisse sur le bassin étant impossible, de percevoir une rénitence d'abord localisée, puis un empâtement diffus avec la sensation incontestable de crépitation pseudo-emphysémateuse que donnent les caillots qui s'écrasent dans les tissus profonds : il s'était fait sans doute en ce point un hématome sous-cutané et peut-être intra-musculaire. Les autres phénomènes consistèrent en de la congestion hépatique, dont les principaux traits furent l'hyperesthésie cutanée, les vomissements incoercibles, une insomnie tenace, des alternatives de rougeur et de pâleur, un état syncopal à l'occasion des moindres émotions. Il ne fallut pas moins d'un mois pour remettre le malade sur pied.

L'abus des exercices physiques est responsable de certains troubles digestifs. Dans plusieurs des cas que j'ai eu l'occasion d'observer, il s'agissait d'enfants déjà un peu dyspeptiques, qu'on avait espéré faire mieux digérer en leur prescrivant un exercice qui, fait intempestivement pendant la première période de la digestion et avec trop d'ardeur, avait pour effet, au contraire, de perturber davantage encore les actes digestifs.

Comme troubles nerveux, j'en ai noté de deux sortes : la céphalée et l'insomnie. La première m'a paru surtout imputable à un certain degré d'hyperhémie cérébrale ; la seconde est attribuable en partie à la surexcitation psychique que cause à beaucoup d'enfants nerveux soit l'attente d'un plaisir, soit la contrariété d'une déception d'amour-propre.

Je ne mets pas au passif des tendances actuelles les traumatismes accidentels, fractures, luxations ou contusions qui sont toujours possibles. Je n'aborderai pas la question des arthrites provoquées ou réveillées, des synovites et autres affections que peuvent observer les chirurgiens. Je m'en tiens à ce que j'ai vu comme médecin d'enfants, et je signalerai enfin, pour mémoire, une tendance générale à la cyphose du rachis dans la région cervico-dorsale que présentent bon nombre d'adolescents adonnés prématurément avec trop d'ardeur à la bicyclette, par suite de l'attitude vicieuse, dite de jockey, qu'ils adoptent pendant les courses rapides et l'ascension des côtes.

Je tiens à dire, en terminant, que je ne viens pas protester contre l'heureuse renaissance des exercices physiques dans notre pays. Je m'élève seulement contre leur abus pendant la période si délicate de la croissance, et ce que je voudrais, c'est qu'on fît subir un entraînement progressif et méthodique à tous les enfants, sans les laisser se livrer d'emblée à corps perdu à tous les genres de sport.

(*Journal de Lille*). P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques.

L'arrêté ministériel du 23 novembre 1893, concernant la déclaration des maladies contagieuses (voir 1893, n° du 30 décembre) était accompagné d'une circulaire adressée aux Préfets. Nous extrayons de cette circulaire les passages suivants :

Monsieur le Préfet,

..... Un médecin ne trahit pas le secret professionnel lorsqu'il délivre à l'administration qui a, elle aussi, le devoir d'observer le secret, un certificat permettant de séquestrer un aliéné dangereux... l'obligation nouvelle de déclarer à l'autorité publique les cas de scarlatine, de diphthérie, de fièvre typhoïde n'est pas davantage contraire au devoir professionnel du secret.

Sans doute, il peut se rencontrer que le devoir du secret résulte, non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales, exceptionnelles dans lesquelles cette maladie se produit. Pour la plupart des maladies épidémiques, ces cas seront extrêmement rares. Si, dans une telle occurence, un médecin était poursuivi pour défaut de déclaration, il justifierait que les circonstances étaient telles, qu'il ne pouvait avertir l'autorité publique et provoquer par conséquent certaines mesures prophylactiques, sans manquer à son devoir professionnel.

Pour une des maladies portées sur la liste, le fait pourra se présenter avec une certaine fréquence, je veux parler des infections puerpérales..... la déclaration ne sera obligatoire qu'autant que le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été gardé. Il ne suffit donc pas, pour dégager le médecin du devoir de la déclaration, que le secret ait été demandé sur le fait de l'infection, *il faut qu'il ait été réclamé sur le fait même de la grossesse*. C'est seulement dans le cas où la connaissance de l'infection puerpérale révélerait une grossesse qu'il y a intérêt à cacher, que le médecin ne sera pas tenu d'en faire la déclaration

. . . .

Quant au mode de déclaration, il est du devoir de l'Administration de faciliter, par tous les moyens l'accomplissement de l'obligation imposée dans l'intérêt de la santé publique. A cet effet, j'ai décidé, sur l'avis du comité consultatif d'hygiène publique, que sa déclaration se ferait à l'aide de cartes postales détachées d'un carnet à souche, et que les carnets seraient mis gratuitement à la disposition des déclarants. Les cartes devront porter la mention de la maladie observée et les indications nécessaires pour trouver facilement la maison où la maladie s'est produite : ce sont là deux conditions essentielles, sans lesquelles la déclaration serait inefficace.

La déclaration devra être datée. Pour tenir compte, dans la mesure compatible avec l'exécution de la loi, de certains scrupules, la nature de la maladie sera désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page du carnet. Le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration : un numéro inscrit sur chacune des feuilles de son carnet suffira pour le faire reconnaître par l'Administration. La carte porte : *nom et adresse du malade*, parce que dans la plupart des cas il serait malaisé de trouver la maison contaminée si l'on ne connaissait pas le nom du malade ; mais l'indication de ce nom n'est pas une formalité essentielle, et le médecin ne serait pas tenu de l'inscrire s'il pouvait, sans le faire, désigner la maison d'une manière suffisamment précise. Enfin un petit espace sera réservé sur la carte pour que le médecin y mentionne, s'il le juge convenable, les mesures de prophylaxie que la circonstance lui paraîtra comporter.

L'arrêté du 23 novembre décide que l'autorité publique chargée de recevoir la déclaration sera représentée par le maire de la commune habitée par le malade et par le Sous-Préfet de l'arrondissement, la déclaration devra donc être adressée à la fois au Maire et au Sous-Préfet (ou Préfet dans l'arrondissement chef-lieu ; à Paris, au Préfet de police). Les carnets seront disposés à cet effet, chaque déclaration comportant deux avis, adressés d'avance, l'un au Sous-Préfet, l'autre au maire. Des démar-

ches sont faites en ce moment près de mon collègue, M. le Ministre du commerce, pour obtenir qu'il accorde à ces déclarations le bénéfice de la franchise postale. Quand une décision aura été prise dans ce sens, il suffira au médecin qui vient d'observer un cas de fièvre typhoïde, par exemple, d'inscire sur chacune des deux déclarations reliées ensemble à la souche une adresse, celle du malade, et un numéro, celui de la fièvre typhoïde, décrire au dos de l'une des cartes, celle destinée au maire, le nom de la commune, et sur l'autre le nom de l'arrondissement où réside le malade, et de jeter les deux cartes à la première boîte aux lettres qui se trouvera sur son trajet. L'on reconnaîtra qu'il est difficile de simplifier davantage les écritures.

A quel moment le Sous-Préfet et le Maire devront-ils être prévenus ? L'article 15 dispose que tout praticien est tenu de faire la déclaration « son diagnostic établi », c'est-à-dire *aussitôt que son diagnostic est établi.*

. . . .

La déclaration reçue, que devra faire le maire? Que devra faire le Sous-Préfet?

Chaque mairie sera pourvue par vos soins d'un ou plusieurs exemplaires de mon arrêté du 23 novembre. Cet arrêté porte la liste numérique des maladies dont la déclaration est obligatoire, et cette liste est conforme à celle qui sera imprimée sur la converture du carnet des médecins. Le Maire n'aura donc aucune peine à savoir quelle est la maladie dont un cas vient de se produire dans sa commune. Les maladies transmissibles ont fait l'objet d'une instruction générale du comité consultatif d'hygiène publique de France, et chacune d'elles l'objet d'une instruction spéciale. Le Maire se reportera à ces documents, et, par tous les moyens dont il dispose, il s'efforcera de faire exécuter les prescriptions qu'ils contiennent. Il recommandera surtout de ne laisser approcher du malade que les personnes qui sont nécessaires pour le soigner et de détruire ou de désinfecter avec un soin extrême tous les objets ayant été en contact avec lui. Si le malade est pauvre, le maire jugera sans doute qu'il est de grand intérêt pour la commune, en vue d'éviter les contagions, de fournir gratuitement les désinfectants. Si la maladie déclarée est la variole, le maire devra faire connaître à ses administrés que la vaccination ou la revaccination est le seul moyen efficace d'empêcher la transmission du mal et s'entendra avec un médecin pour que cette opération soit faite.

Le Sous-Préfet devra veiller à ce que les instructions du Comité consultatif soient entre les mains du Maire, et s'assurer que les prescriptions ci-dessus sont exécutées....

Si plusieurs cas de la même maladie viennent à se produire, si ainsi un foyer épidémique était créé, le Sous-Préfet enverrait immédiatement sur place le médecin des épidémies. Il vous préviendrait et, à votre tour, vous voudriez bien m'informer de toute épidémie qui aurait un caractère bien déterminé, et me faire connaître en détail les mesures prises pour la combattre. Pour chaque cas en particulier, j'examinerais avec vous la conduite à suivre.

. . . .

J'ai dit que chaque feuille du carnet devra porter un numéro permettant de connaître de quel praticien elle émane. Je vous prie de faire dresser une liste complète des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans votre département, et de donner à chaque praticien un numéro. Un exemplaire de cette liste devra être remis à chacun de MM. les Sous-Préfets. Après l'avoir dressée, vous me ferez connaître combien vous désirez recevoir de carnets (chaque carnet comprendra vingt déclarations doubles).

. . . .

Pour le Ministre et par autorisation,
Le Conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique,
Henri Monod.

Le stage dans les hôpitaux.

Décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes et du président du Conseil, ministre de l'Intérieur ;

Vu le décret du 18 juin 1862 qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux ;

Vu l'arrêté du 1er juillet 1862 sur le même objet ;

Vu le décret du 20 août 1877, portant création de cours annexes de cliniques dans les Facultés de médecine ;

Vu le décret du 15 avril 1879 portant règlement pour les cours cliniques annexes dans les hôpitaux ;

Vu les décrets des 20 juin 1878 et 31 juillet 1893 relatifs à l'organisation des études médicales ;

Vu la délibération du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date du 16 juin 1892 ;

Vu la délibération du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, en date du 21 juillet 1892 ;

Vu la loi de finances, en date du 26 juillet 1893 ;

Décrète :

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront nécessairement attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont :

1° Les services de clinique générale de la Faculté de médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont :

1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le directeur de l'Assistance publique désignera dans les différents hôpitaux le nombre des services dirigés par les médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande,

avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens.

Le directeur présidera la Commission ; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans.

Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera à la fin du cours des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises par les soins du directeur de l'Assistance publique au doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3,000 francs.

Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année, dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le directeur de l'Assistance publique, qui délivrera des cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ses services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine en combinant les heures, de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

Art. 14. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes et le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, sont chargés de l'exécution du présent décret.

Carnot.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Ch. Dupuy.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des cultes,
R. Poincaré.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Caen.

10 *octobre* 1893.

Présents : MM. Barette, Président, Fayel, Gidon, Barthès, Quermonne, Vigot, Guiot, Osmont, Nourry, Catois, Collet, Deschamps, Tessel, Chotard, Gauthier.

Excusé : M. Dietz.

Réunions.

Il est décidé, que tous les ans, la réunion d'octobre aura lieu le 10 au lieu du 15, afin de coïncider avec les réunions annuelles de l'Association des Médecins du Calvados et de la Société de Médecine de Caen et du Calvados.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le Président de l'Union des Syndicats, attirant l'attention sur divers points de la législation médicale, actuellement en discussion et demandant que chaque Syndicat étudie ces questions et transmette au Bureau de l'Union ses décisions :

1° *Loi sur l'exercice de la Pharmacie.*

M. Fayel fait observer que, pour bien délimiter les différents articles de cette loi, il serait utile qu'il fût établi un catalogue de substances réputées médicaments toxiques ou non toxiques, des plantes médicinales, etc., etc.

M. Nourry fait observer que dans le projet de loi il n'est pas question des herboristes. Leur conservation présente une certaine utilité, à condition qu'ils ne puissent délivrer que des substances simples non réputées poisons. Cette restriction est aussi destinée à limiter l'autorisation que semble donner le projet de loi, à tout industriel, épicier par exemple, de délivrer des substances médicamenteuses réputées simples.

Pour l'article 12, le Syndicat pense que l'expression « sur la demande expresse de l'acheteur doit être remplacée par celle-ci : la délivrance ne doit être faite qu'en cas d'extrême urgence ».

A propos de l'article 15, le Syndicat estime qu'aucune personne non pourvue du diplôme de pharmacien et d'herboriste, n'a le droit de vendre des médicaments simples ou d'un usage courant. Les herboristes ne pourront vendre que les plantes fraîches ou sèches dont la liste sera déterminée.

2° *Hospitalisation des malades non indigents.*

Cette question, portée à l'ordre du jour de plusieurs syndicats des grandes villes (Paris, Nantes) et à l'Assistance publique de Paris, n'est pas encore résolue. Une commission, composée du Bureau et de MM. Vigot, Nourry, Ca-

tois et Barthès est chargée d'étudier cette question et de présenter un rapport à la séance du 15 janvier 1894.

3° *Médecins et Sociétés de Secours mutuels.*

L'augmentation croissante du nombre de ces sociétés, la situation souvent très désavantageuse faite aux médecins, ont soulevé de justes réclamations dans beaucoup de points du territoire français. Il est nécessaire qu'une réorganisation sérieuse des Sociétés de secours, d'une part; des secours médicaux de ces Sociétés, d'autre part, soit étudiée. La Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité, d'un côté ; le Bureau de l'Union des Syndicats, de l'autre, s'efforcent d'élucider cet ensemble de questions. Chaque Syndicat recevra un questionnaire, dont les réponses serviront à établir les documents nécessaires, pour arriver à une entente et à des formules définitives. Une Commission composée du Bureau et de MM. Catois et Nourry est chargée de centraliser les documents en ce qui nous concerne.

4° *Service militaire des étudiants en médecine.*

Le Syndicat s'associe à la modification de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1883, soutenue par M. le sénateur Cornil.

Tarifs d'honoraires.

Cette question n'est pas encore suffisamment élucidée. D'après l'ensemble des idées formulées par les membres du syndicat, il est impossible, en principe, de faire des tarifs liant absolument les praticiens. Mais il est nécessaire que tous s'entendent sur les mêmes principes généraux, et adoptent des tarifs minima, au-dessous desquels il serait mauvais de descendre, car on pourrait ainsi arriver à se faire une concurrence déloyale. Le prix minimum de deux francs pour les visites de jour en ville (ouvriers et petits employés) peut servir de point de départ.

Il est admis que les médecins de la ville doivent adopter un tarif minimum de cinq francs par quatre kilomètres.

Renouvellement du Bureau.

L'Assemblée propose de maintenir l'ancien Bureau. M. Léger demande à être remplacé, dans ses fonctions de vice-président, par un confrère de la campagne.

M. Tessel (de Luc-sur-Mer) est nommé vice-président par acclamation.

M. Hauttement (d'Evrecy) est nommé assesseur en remplacement de M. Tessel.

Le Secrétaire,
Dr Osmont.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pont-l'Évêque.

12 *novembre* 1893.

Présents : MM. Prévost, *président;* Leneveu, *vice-président* ; Massart, *secrétaire-trésorier* ; Boulley, Legoupil, Waill, Lechevallier, Morin, Marais et Rachet.

Questions intérieures.

« Tout membre qui, régulièrement convoqué, manquera à deux séances consécutives devra verser à la caisse du Syndicat la somme de cinq francs. Toutefois, la seule absence à l'assemblée générale, dans laquelle est examinée la gestion de l'année et voté le renouvellement du bureau, devra être compensée par le même versement. »

Cette mesure, qui a été votée *à l'unanimité*, après une discussion approfondie, est justifiée par ce fait que la vitalité du syndicat est intimement liée à la présence du plus grand nombre possible de membres aux séances. Il est arrivé que des membres qui étaient venus de fort loin n'ont pu délibérer, n'étant pas en nombre suffisant. L'assemblée estime que ceux qui se déplacent font un double sacrifice de temps et d'argent et qu'il est de stricte équité que tous les membres supportent les mêmes charges.

Le Syndicat vote sa participation à la publication d'un bulletin trimestriel qui sera organisé et publié par les soins du Syndicat de l'arrondissement de Caen, et dans lequel seront publiés les procès-verbaux des séances.

M. Guénier, de Honfleur, envoie une lettre de démission dont M. le Président donne lecture. Cette démission est acceptée sans discussion.

M. Marais est nommé délégué à l'Union des Syndicats, dont la réunion générale aura lieu le 19 courant à Paris.

L'Assemblée vote des félicitations et des remerciements aux membres du bureau, et considérant que le développement du syndicat ne peut être mieux assuré que par ceux qui ont jusqu'alors dirigé ses travaux, leur renouvelle leurs pouvoirs, à l'unanimité, pour un an.

Syndicat de l'Association des médecins du Rhône

2 *Décembre* 1893.

Après une allocution du Président, M. le Dr Fochier, et le compte rendu de la situation financière exposé par M. le Dr Savy, trésorier, le Syndicat a procédé à l'élection de son bureau pour l'année 1894.

Président : M. le Dr Renaut.
Vice-président : M. le Dr Birot.
Secrétaire-général : M. le Dr Léon Blanc.
Trésorier : M. le Dr Savy.
Assesseurs : MM. Bineau, Carry, Chandelux, Marduel et Odin.

Errata du n° 1.

Rapport de *M. Léon Marie*, actuaire :

Page 6, 2e col., 7e ligne, lire : *morbidité*, au lieu de *mortalité*.

Page 7, 1re col., 6e avant-dernière ligne, lire : *cotisations* au lieu d'*estimations*.

Page 8, 1re col., fin de la 8e ligne, ajouter : *sation annuelle de l'âge initial, par la cotisation unique de l'âge actuel et en divisant le produit de la coti-*.

Cette suppression rend le passage absolument inintelligible.

REPORTAGE MÉDICAL

Elections sénatoriales. — Parmi les sénateurs réélus, nous remarquons M. le professeur *Cornil*, et M. le Dr *Velten* (des Bouches-du-Rhône). M. le Dr *Dellestable*, membre du Concours, député de la Cor-

rèze est élu sénateur, ainsi que M. le Dr *Pitti-Ferrandi*, président du Syndicat de Bastia, et le Dr *Gérente*, pour Alger.

Lorsque nous avons publié les noms des députés, membres du Concours médical, nous avons omis notre excellent confrère, le Dr Pedébidou, député des Hautes-Pyrénées.

— *Vœux des internes des hôpitaux de Paris.* — Un questionnaire ayant été adressé à tous les internes en fonction par les internes de l'hôpital Saint-Antoine, les vœux suivants ont été adoptés, et seront présentés sur le bureau de l'Association des internes des hôpitaux de Paris :

1° Ne pas imposer aux candidats à l'Internat une limite de six années à partir de la 1re inscription ;

2° Ne pas admettre les docteurs au concours de l'Internat ;

3° Permettre aux internes de passer leur thèse en conservant leurs fonctions ;

4° Assimiler les internes aux docteurs dans l'intérieur de l'hôpital ;

5° Ne pas augmenter outre mesure le nombre des places d'interne ;

6° Exiger la naturalisation des étrangers qui se présentent au concours de l'internat.

Ces vœux seront certainement l'objet d'une discussion à la prochaine réunion de l'Association.

— *Erection d'un monument à Charcot.* — La commission chargée d'étudier les moyens de recueillir une souscription pour élever un monument à Charcot, a décidé de constituer un comité dont le président est M. Brouardel ; M. Pasteur a été nommé président d'honneur.

— On annonce la mort de M. le Docteur Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Il aurait succombé à une grippe infectieuse.

— L'Académie de médecine de New-York vient d'installer, à l'usage de ses membres, une buvette et un fumoir. Il est probable que ces honorables confrères sont moins occupés que nos académiciens, car ceux-ci n'ont guère le temps de s'attarder après les séances. Il y a là une différence de mœurs que nous avons peine à comprendre. Peut-être, après tout, une partie de la séance se passe-t-elle dans la buvette, et une autre partie dans le fumoir.

En tout cas, cette tendance à faire de l'Académie un lieu de réunion agréable, une espèce de cercle, ne peut s'arrêter en si beau chemin. La création d'un restaurant ne va pas tarder à s'imposer. A quand des chambres confortables ? des salles de jeu ? des salles de bain ? etc. Pour être académicien on n'en est pas moins homme : c'est ce que prouve cette innovation.

— Nos lecteurs apprendront avec satisfaction que c'est avec M. Ribemont, que notre collaborateur depuis de longues années, M. G. Lepage, chef de clinique obstétricale, vient de publier un *précis* d'obstétrique de 1,300 pages, avec 480 figures.

L'ouvrage se divise en deux livres : le premier comprend cinq parties. La *première* est consacrée à des considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil génital de la femme. La *seconde* se rapporte à la grossesse. L'étude de l'antisepsie obstétricale, en raison de son importance, est exposée en détail dans la *troisième partie*. La *quatrième* comprend l'étude de l'accouchement et des suites de couches normales ; la *cinquième* celle des soins à donner aux nouveau-nés. Le second livre comprend la pathologie de la grossesse, l'étude de l'avortement et de l'accouchement prématuré spontanés, celle de la grossesse extra-utérine, l'histoire des grossesses multiples Puis viennent la dystocie maternelle et la dystocie fœtale, la description des opérations obstétricales et l'étude des suites de couches pathologiques. Le demander à la librairie d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine Dubois.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3855. — M. le Dr Vibert, de Menton (Alpes-Maritimes), membre de l'Association des médecins de la Loire et Haute-Loire).

N° 3856. — M. le Dr Stagienski, de Saint-Etienne, membre de l'Association des médecins de la Loire.

N° 3857. — M. le Dr Lemelletier, de Carentan (Manche), membre de l'Association des médecins de la Manche.

N° 3858. — M. le Dr Raoul, de Sergines (Yonne), membre de l'Association des médecins de l'Yonne.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Le « gros mal » du moyen-âge et la syphilis actuelle, par le Docteur F. Buret. In-16 de 320 pages, avec une gravure du XVe siècle et une préface de M. Lancereaux, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine, etc. (*Envoi franco contre un mandat-poste de 4 fr.* adressé à M. le Directeur de la Société d'éditions, 4, rue Antoine-Dubois.)

Le Dr Buret n'est plus un inconnu. Le Monde savant, de même que le public, n'ont pas oublié **la Syphilis aujourd'hui et chez les Anciens** — ouvrage presque épuisé maintenant — que nous avons édité en 1890.

Toute la littérature antique (Chine, Japon, Inde, Assyrie, Egypte, etc.) a été fouillée. Les auteurs grecs et latins, qui fourmillent de calembours et de jeux de mots..... piquants — pour ne pas dire plus — ont été l'objet d'une étude attrayante aussi bien pour le savant que pour l'homme du monde qui veut s'instruire sans fatigue.

Le volume d'aujourd'hui, **Le « gros mal » du moyen-âge et la syphilis actuelle**, fait suite au précédent. Cette fois, l'ancienneté de la syphilis est absolument démontrée :

Dans une seconde partie, qui traite des *Temps Modernes*, le Dr Buret passe en revue tous les auteurs remarquables qui ont écrit sur la syphilis depuis 400 ans. Etude précieuse — jusqu'ici incomplète et à peine ébauchée — dans laquelle l'auteur a fait preuve d'un véritable sens critique. Nous possédons maintenant un historique de la syphilis. Quant à la légende de l'origine américaine, elle est morte et bien morte : la lumière est faite sur la ténébreuse question qui, depuis quatre siècles, divisait le corps Médical du monde entier.

L'auteur n'a pas oublié le côté pratique ; car, après avoir résumé toutes les méthodes de traitement en usage depuis le XVe siècle, il a donné un exposé très clair des dernières découvertes thérapeutiques ; puis, ce qu'on chercherait vainement autre part, un moyen *simple et facile* d'éviter la terrible contagion.

Nous n'insisterons pas. Nous dirons, en nous résumant, que le praticien aura là une source de renseignements précieux, un guide sûr, un livre enfin dont la lecture facile le reposera de ses travaux journaliers. C'est le fruit de six années d'un travail opiniâtre. L'homme étranger aux choses de la médecine pourra pénétrer avec l'auteur dans les arcanes de la science, car l'ouvrage est accessible à tous ceux qui comprennent la langue française.

N. B. — Les personnes qui demanderont les deux volumes ensemble, les recevront franco contre un mandat-poste de 7 fr., adressé à *M. le Directeur de la Société d'Editions*, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 3 20 Janvier 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Une réhabilitation du chlorate de potasse.

Peu de médicaments ont subi autant de fluctuations de vogue que le chlorate de potasse. Tantôt regardé comme panacée des affections de la bouche, tantôt accusé de tous les méfaits, il vient de nouveau d'être recommandé dans le traitement et la prophylaxie des affections des gencives par le Dr *Unna*.

Le procédé le plus efficace de désinfection buccale consiste, d'après Unna, à se nettoyer les dents avec une brosse abondamment chargée de chlorate de potasse finement pulvérisé. Il va sans dire, qu'après ce nettoyage, la bouche doit être rincée soigneusement avec de l'eau.

Employé de cette façon, le chlorate de potasse exerce une action antiseptique puissante, d'une part, en vertu de ses propriétés microbicides et, de l'autre, en provoquant une hypersécrétion des glandes salivaires et muqueuses, hypersécrétion qui contribue très efficacement à l'expulsion des débris alimentaires et des bouchons épithéliaux et muqueux.

Le nettoyage des dents au chlorate de potasse laisse après lui une sensation de fraîcheur qui, de même que l'effet antiseptique du médicament, s'étend jusqu'aux amygdales et au pharynx. Il constitue le meilleur moyen à employer pour combattre la fétidité de l'haleine, et c'est un excellent prophylactique contre les angines infectieuses et la diphtérie.

L'emploi du chlorate de potasse en substance n'est pas douloureux pour une muqueuse buccale saine, mais il le devient dès qu'il existe des érosions, comme, par exemple, dans la stomatite mercurielle. Toutefois, la douleur que provoque le médicament, dans ces conditions, est non seulement supportable et de courte durée, mais elle est encore utile, en ce sens qu'elle indique l'existence de lésions buccales. D'ailleurs, elle disparaît rapidement, l'usage du chlorate de potasse pour la toilette de la bouche et des dents étant le procédé thérapeutique le plus efficace à employer contre la stomatite mercurielle.

Aux personnes qui, pour une raison ou pour une autre, ne voudraient pas se servir de chlorate de potasse pur, on peut prescrire une pâte dentifrice composée de craie préparée, de poudre d'iris, de savon et de glycérine et qui contiendrait, en outre, 50 % de chlorate de potasse.

L'usage du chlorate de potasse en substance doit être réservé aux adultes. Il ne faut pas l'employer chez les enfants, à cause des dangers d'intoxication qui pourraient résulter de la déglutition de ce sel.

Nous préférerions employer le *chlorate de soude*, tout aussi efficace et beaucoup moins toxique que le chlorate de potasse.

L'immunité vaccinale.

L'ordre du jour de la saison comprend deux questions : celle de l'influenza ; nous en ferons le sujet d'un prochain article ; l'autre, celle de la variole et de la vaccination, dont nous ne cessons de tenir nos lecteurs au courant.

A propos de la revaccination, M. *Juhel-Rénoy* vient de faire une leçon fort intéressante sur ce qu'il a observé à l'hôpital d'Aubervilliers.

La conséquence pratique qui découle de ses observations, c'est la nécessité d'opérer la revaccination *au moins tous les 5 ans*. C'est une idée qu'il faut imposer aux masses, et surtout à ces masses profondes du peuple peu empressées à se soumettre à la revaccination, alors même qu'on leur en facilite les moyens. La Ville de Paris, s'inspirant des sages conseils qui lui furent donnés par le conseil d'hygiène, a certes beaucoup fait : envoi dans tous les quartiers de la

génisse vaccinifère, multiplication des revaccinations sur une large échelle, tout cela, la Ville l'a fait sans crainte d'obérer son budget, mais tout cela est insuffisant, absolument insuffisant; le nombre des varioleux admis quotidiennement à Aubervilliers le montre trop éloquemment. Le service de la revaccination doit être étendu, l'Institut vaccinal de Chambon et Saint-Yves-Ménard, malgré l'activité déployée par ses directeurs, est insuffisant, il faudrait créer sur la rive droite un autre centre vaccinal, auquel serait attachée une escouade de médecins vaccinateurs de la Ville. Tout cela est une affaire de budget, d'économie certaine, on peut l'affirmer, car, que scrait cette dépense auprès des longues et multiples journées d'hôpital que les varioleux imposent à l'Assistance publique?

« Il faut donc multiplier la pratique de la vaccine et revacciner tous les 5 ans ; voilà le premier fait qu'il appartient de bien mettre en lumière. Ceci étant, qu'il me soit permis d'étudier en quelques lignes l'immunité vaccinale, objet de cet article, c'est-à-dire la façon dont elle s'acquiert, se conserve, s'éteint.

« Ce qu'est cette immunité au point de vue expérimental, les recherches de Straus, Chambon, Ménard, nous l'ont appris. Tandis que l'inoculation cutanée chez le veau la confère le 6e ou le 7e jour, lorsque l'inoculation est faite sous la cornée elle ne se montre qu'au 12e jour ; enfin, par l'injection intra-veineuse d'un peu de vaccin, on arrive aux mêmes résultats, mais, fait intéressant, si l'on injecte le sérum d'un veau immunisé contre la vaccine, 6 à 7 semaines après que cette immunité est acquise, on échoue, le veau transfusé n'est pas vacciné ; il y a donc là une perte rapide de la transmissibilité de cette immunité, qui permet de soupçonner que la vitalité du germe vacciné est éphémère.

« Une série d'expériences inédites a prouvé que l'immunité d'une maladie voisine, sinon semblable à la vaccine, j'ai nommé la variole, présentait des différences sensibles.

« Dans ce domaine de l'expérimentation d'ailleurs, on note des différences inexplicables. Opérant avec de la lymphe variolique recueillie aux mêmes jours, ensemencée en quantité égale, par la même voie sous-cutanée, nous avons pu rendre réfractaires à la vaccine des génisses, et cela dans un délai très court (7 jours). Tantôt au contraire, au 11e jour, une génisse variolisée pouvait être vaccinée avec succès. A l'heure actuelle, il est donc impossible d'admettre que, chez *tous* les sujets, l'immunité conférée par la vaccine débute à jour fixe ; il y a une moyenne qui paraît être, aussi bien en pathologie expérimentale qu'en clinique humaine, fixée du 8e au 12e jour.

« A ce titre, je puis citer l'observation si curieuse que je dois à l'obligeance de mon collègue Béclère. Une femme vaccinée le 9 novembre 1893, atteinte quelques jours après de scarlatine, fut trouvée le 16, soit 7 jours après la vaccination, avec deux pustules vaccinales types au bras gauche. Soumise à la revaccination à Aubervilliers, elle fut inoculée au bras droit, et le 21, trois pustules ombiliquées vaccinales se montraient. Ces deux vaccinations *successives*, suivies de succès à un intervalle de 7 jours, montrent à l'évidence que l'immunité n'était pas acquise au 8e jour, ou qu'elle était assez faible, et qu'un pareil sujet plongé dans un foyer de variole pouvait contracter la maladie. C'est ce que nous avons observé plus de dix fois cette année. Des sujets rentraient dans nos salles atteints de variole (enfants, adultes), qui portaient aux bras des pustules vaccinales au 6e, 7e, 8e jour, et qui n'avaient pas pu échapper à l'infection variolique survenue quelques jours après, l'immunité vaccinale ne se conférant que plus tard. De ces faits ressortent pour moi les conclusions suivantes : l'immunité vaccinale humaine retarde de plusieurs jours sur l'immunité vaccinale animale ; en temps d'épidémie de variole, la pratique des vaccinations successives pour les sujets exposés par leur profession ou tout autre cause à vivre dans les foyers de maladie, est une pratique recommandable.

FEUILLETON

La variole à Paris.

Le sort en est jeté : nous voici définitivement contraints d'accepter le rôle modeste et ingrat d'intermédiaires entre l'Etat, gardien suprême de la santé publique, et le bon public qui aimerait mieux être moins protégé.

Bon public, tu as tort ! et cela pour une foule d'excellentes raisons dont une seule me suffit, c'est que tu n'y entends rien, et que tu ne peux pas nous faire là-dessus une de ces belles dissertations académiques, qui font pâmer les délicats. Tu n'y entends rien, et ta mauvaise humeur découle uniquement de l'ennui que tu éprouves à voir des fonctionnaires venir chez toi, faire la guerre à des petites bêtes, que tu ne vois pas, et dont tu ris, non sans un vague effroi.

Mais tu n'as pas tout à fait tort, et je vais dire pourquoi tout à l'heure, en faisant un exposé de l'épidémie de variole qui fait si tranquillement son petit tour de Paris, malgré la déclaration obligatoire et la désinfection.

A ce propos, j'ai une idée de tableau allégorique que je donne pour rien, à qui voudra l'exécuter : ce serait un tableau à trois étages. Tout en haut, dans un nuages de vapeurs..... antiseptiques bien entendu, serait représenté le Jupiter de la santé publique, tenant dans sa main droite, au lieu du tonnerre, une étuve de désinfection ; près de lui, tel l'aigle dominateur du soleil, se voient les Pégases des ambulances urbaines. Un peu au-dessous, se tient la cour olympienne, les dieux inférieurs et les demi-dieux chargés d'exécuter les décrets de Jupiter : pour prix de leur zèle, ils goûtent la divine ambroisie.

Tout en bas, s'agite la foule des humains, inquiète, capricieuse, réclamant le secours divin, et s'en irritant aussi.

Au milieu, sont des malheureux qui n'ont ni trêve, ni repos : chargés de veiller sur les humains, et d'avertir les dieux, ils n'ont pour cette tâche d'autre récompense que d'éviter les punitions divines ; ils se trouvent en butte à la colère des dieux qui les accusent de trop de lenteur, et

« Que conclure de ces observations, sinon que le début de l'immunité vaccinale qui paraissait très bien connu, doit être reculé. Quant à la durée de cette immunité, elle doit être singulièrement abaissée et ramenée au terme maximum de 5 ans. Je le répète après beaucoup d'autres, à ces divers titres, il n'est que juste de signaler les différences profondes qui séparent la vaccine de la variole, et qui sont un argument de valeur à faire valoir pour soutenir la dualité de ces maladies.

« L'immunité variolique, si j'en crois mes expériences, paraît débuter plus tôt que la vaccinale. Un animal variolisé est en *général* réfractaire à la vaccine dès le 7e jour ; un individu atteint de variole est *toujours* revacciné avec insuccès, quand cette pratique a lieu 6 à 7 jours après le début des prodromes Durant mon séjour à Aubervilliers, j'ai fait faire des centaines de revaccinations systématiques et thérapeutiques chez mes varioleux. 4 fois seulement, la vaccine a été suivie de succès, et les 4 malades étaient tous au 2e jour de l'éruption, avec des prodromes variant de 2 à 4 jours, au résumé au 6e jour du début de la maladie. Je sais qu'on m'objectera que toute la période dite d'incubation est ignorée dans ces cas, mais ils n'en sont pas moins probants à mes yeux, car l'incubation *seule* de la variole n'empêche pas la vaccine et nul doute que, si l'on arrivait à temps, on ne pût revacciner avec succès de nombreux varioleux à la période d'incubation. La preuve en paraît fournie par ces 4 sujets vaccinés avec succès, parce qu'ils l'ont été le plus près de la fin de l'incubation. Certes, il reste bien des inconnues. L'intensité du virus variolique, sinon en quantité du moins en qualité, ne peut être négligée ; mes 4 malades avaient des varioles de moyenne abondance ; les lambeaux d'immunité vaccinale qui peuvent rester attachés à l'individu, tout cela est inappréciable et ne saurait cependant être mis de côté. Jusqu'au jour où nous saurons comment la vaccine agit, nous serons tenus d'être sur la réserve. On sait que, malgré l'annonce souvent répétée de la découverte du parasite de la variole, et aussi de la vaccine, l'ignorance est totale, la connaissance du parasite serait cependant le moyen sans appel de différencier ou d'identifier variole et vaccine.

« Les expériences contradictoires de Chauveau, d'Haccius, de Fischer pour ne parler que des contemporains, laissent planer des doutes, et c'est dans ce dessein que j'ai avec E. Dupuy repris cette question de pathologie expérimentale. Par malheur, ce qui manque, c'est un bon terrain de culture animale pour la variole, qui à ce point de vue mérite à mes yeux d'être rapprochée de la syphilis, si difficile pour ne pas dire impossible à reproduire chez l'animal. Il résulte de cette digression, qu'à l'heure présente la mystérieuse vaccine, malgré ses liens d'affinité avec la variole, garde son autonomie, et continue à affirmer ses précieux services, montrant incidemment que l'empirisme tant décrié de nos jours, lorsqu'il est mis au service du génie, comme ce fut le cas de Jenner, l'emporte encore sur le labeur des expérimentateurs de laboratoire. La vaccine sort grandie, s'il est possible, de tous ces doutes. » (1).

L'iodure de potassium contre l'urticaire.

L'urticaire étant assez fréquente chez les asthmatiques qui, comme l'on sait, se trouvent bien du traitement ioduré, M. le docteur E. Stern (de Mannheim) a eu l'idée d'essayer l'iodure de potassium dans les cas d'urticaire chronique non compliquée d'asthme. Il a ainsi traité avec succès cinq malades, dont quatre étaient atteints d'urticaire plus ou moins invétérée et rebelle à tous les moyens employés antérieurement (salicylate de soude, atropine, quinine, teinture de strophantus, hydrothérapie) ; chez le cinquième, il s'agissait d'une urticaire aiguë et ne datant que de quelques jours. Fait important à noter, *aucun de ces malades n'était syphilitique*. Tous ont guéri rapidement par l'administration d'une

(1) *La Médecine moderne.*

à la haine des humains qui les rendent responsables de leurs ennuis.

Ce tableau n'est évidemment pas d'une gaîté folle, mais je crois qu'il montre bien ce qu'il doit montrer, et qu'il ne représente que la vérité.

Quel bel enseignement est pour nous, médecins, l'épidémie de variole qui suit à Paris sa marche régulièrement ascendante ! Certes, s'il est une ville qui soit outillée pour lutter contre une affection contagieuse, on peut bien dire que c'est Paris. Mais avant de tirer des conclusions, récapitulons les faits.

Il y a environ six ou sept mois, on a noté que les cas de variole étaient plus nombreux à Paris et les décès un peu plus fréquents : il y avait chaque semaine trois ou quatre décès, au lieu de la moyenne, qui est un décès. Puis, peu à peu, le nombre des cas s'est accru; on a noté 20, 30, 40, 50 entrées par semaine dans le service d'isolement, sans compter les malades traités en ville. Le nombre des décès s'est élevé à dix, douze, quatorze ; et la semaine dernière on a noté plus de 100 entrées dans le service des varioleux. L'épidémie va donc en augmentant insensiblement, mais sans grand fracas.

Cependant l'administration fait désinfecter les locaux et les objets contaminés. De plus, les vaccinations et revaccinations gratuites sont mises à la portée de tout le monde : car dans toutes les maisons où s'est produit un cas de variole, on envoie rapidement un médecin et une génisse vaccinifère. Toutes ces mesures n'empêchent pas l'épidémie de prendre des proportions sérieuses.

Une des raisons de cette extension est certainement l'indifférence et la répugnance du public à être vacciné. « Docteur, est-ce que ça me rendra bien malade ? Pourrai-je, quand même, travailler ? Ça m'empêchera-t-il de sortir ? » sont les questions sans cesse répétées. A quoi le médecin ne peut que répondre par ce dilemme : « Si la vaccine ne se développe pas, vous en êtes quitte pour une piqûre sans importance. Si, au contraire, elle évolue, cela prouve que vous pourriez tout aussi bien avoir la variole : et alors, que préférez-vous, la vaccine ou la variole ? » Mais c'est souvent en vain que le médecin fait appel à la logique : chacun s'imagine n'avoir rien à craindre pour son compte personnel, tout en avouant que le voisin est bien imprudent.

Le développement de l'épidémie tient aussi

solution d'iodure de potassium à 2 gr. 50 pour 100 à la dose de trois cuillerées à bouche par jour.

Dans un cas datant de quatre mois, le prurit atroce, dont souffrait le malade, disparut dès le deuxième jour du traitement, et la guérison complète fut obtenue après absorption de 10 grammes d'iodure de potassium.

Dans deux autres cas, beaucoup plus invétérés (deux ans et demi et six ans), l'effet de l'iodure de potassium fut tout pareil, et la guérison survint après l'administration de 25 et de 35 grammes du médicament.

Enfin, chez deux malades (urticaire aiguë et urticaire chronique récidivante datant de treize ans), l'action de l'iodure de potassium a présenté cette particularité que le médicament a tout d'abord augmenté le prurit. Toutefois, cet effet (que notre confrère allemand attribue à l'iodisme) n'a été que passager ; les démangeaisons ne tardèrent pas à disparaître, et 5 grammes d'iodure de potassium suffirent dans les deux cas pour amener une guérison complète.

Les observations ci-dessus, malgré leur petit nombre, prouvent que l'iodure de potassium peut figurer dignement dans la liste des médicaments destinés à combattre l'urticaire.

D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Stern lui-même, Erasmus Wilson, le célèbre dermatologiste anglais, a relaté un cas d'urticaire chronique dans lequel il a employé l'iodure de potassium avec succès.

(*Gaz. médic. de l'Algérie.*)

Le chloralose.

Dans une récente thèse sur les hypnotiques, le *Dr Houdaille* formule les conclusions suivantes :

Le chloralose, qui résulte de la combinaison du chloral avec la glucose, peut compter parmi les hypnotiques nouveaux les plus utiles. Les études faites sur ce médicament, par MM. Moutard-Martin, Goldenberg, Gaucher, Landouzy, Féré, etc., prouvent qu'il réussit à merveille chez les cardiaques et les malades du tube digestif. Les sujets atteints d'une affection pulmonaire bénéficient largement de cet hypnotique, ainsi que ceux atteints d'insomnie de cause passagère. Beaucoup d'anémiques obtiennent des résultats favorables. Chez les hystériques, les névropathes, les choréiques, les résultats sont incertains et quelquefois le médicament fera surgir la névrose latente. Mais il a deux inconvénients. Le chloralose, en effet, n'est pas analgésique et, par conséquent, il ne pourra, dans aucun cas, remplacer la morphine. Et, d'autre part, chez les individus hystériques, alcooliques, névropathes, il agira irrégulièrement, à dose souvent faible, en provoquant des phénomènes analogues à l'ivresse.

Ses avantages sur les autres hypnotiques connus, sont qu'il régularise les fonctions du cœur et relève la pression (la morphine seule, et dans certains cas seulement, produit cet effet) ; le réveil est facile et l'appétit, ainsi que les voies digestives, ne sont pas atteints ; enfin, même avec de fortes doses, il semble qu'il n'y ait aucun danger d'intoxication, car l'ivresse n'est jamais un accident grave, et l'intégrité du cœur fait que ce n'est pas un corps dangereux.

Les doses ne peuvent être fixées d'une manière précise ; la dose ordinaire pour une personne adulte sera de 0,10 à 0,20 et 0,30 centigrammes, que l'on pourra pousser jusqu'à 0,60 centigrammes ; 0,80 centigrammes devenant une dose très forte, trop forte pour certains. M. Houdaille ajoute que les cachets sont le moyen le plus pratique pour l'administrer. Les cachets valent mieux que les perles, qui amènent moins facilement le sommeil. Avec une boîte de cachets, on a sous la main un hypnotique commode à prendre, qui ne s'altère pas et qui est plus facile à faire accepter aux malades qu'une potion.

Il est bon de remarquer encore qu'il paraît y avoir peu d'accoutumance pour ce médicament chez l'homme. Ainsi, M. Landouzy a fait des

---

beaucoup à la façon dont se fait la désinfection. Quand le médecin a déclaré un cas de variole, on vient aussitôt pratiquer une désinfection sommaire, au moyen de pulvérisations antiseptiques, et on recommande bien de mettre de côté tout le linge, qui aura servi au malade, afin de le faire passer à l'étuve. Toutes les semaines, on vient chercher ce linge ; mais on ne fait une seconde désinfection, plus complète celle-là, qu'à la fin de la maladie. Que deviennent les germes pendant tout ce temps? Pour qu'ils ne soient pas disséminés de tous côtés, il faudrait que le malade soit rigoureusement isolé, avec des précautions minutieuses, comme cela se pratique dans les hôpitaux ; il faudrait qu'il n'y ait en contact avec le malade qu'une personne, ayant, par exemple, une grande blouse qu'elle enlèverait, avant de sortir de la chambre. Ce n'est pas ainsi que cela se passe : dès que le malade va mieux, et même sans attendre ce moment, les parents et les amis, confiants dans leurs vaccinations, viennent le voir et le distraire, quoi que puisse dire le médecin, et ils emportent et disséminent de tous côtés les germes contagieux. Quand on fait le lit du malade, on pose draps et couvertures sur des chaises, une table, un autre lit ; les poussières sont souvent balayées avec un balai qui sert aux autres pièces. Dans bien des cas, il n'existe, comme je l'ai vu, qu'une pièce ou deux pour toute la famille, qui ne veut cependant pas se séparer du malade. Y a-t-il lieu, après cela, de s'étonner que la variole existe et fasse des progrès, non pas dans un coin, dans une rue, dans un quartier, mais bien dans tous les quartiers et dans toutes les rues de Paris ? Et est-ce vraiment la peine de contraindre les médecins à la déclaration, dès que le diagnostic est connu, pour arriver à un résultat aussi négatif?

Lors de la dernière épidémie de choléra, j'ai cité quelques anecdotes prouvant combien les précautions, si bien prises en théorie, l'étaient peu dans la pratique, et montrant que les désinfections n'étaient pas faites assez rapidement. L'épidémie, très bénigne, a continué son cours pendant plusieurs mois, et s'est terminée sans faire de ravages, probablement, quand les conditions mal connues qui avaient déterminé son apparition se sont trouvées modifiées ; et cela, certainement, sans que les

observations sur 13 malades dont quelques-uns ont pris soit tous les jours, soit un jour sur deux, du chloralose pendant quatre à six semaines sans inconvénient ; le médicament lui a paru supérieur comme effet à moindre dose au chloral dont il n'a pas non plus les inconvénients congestifs vers la tête.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Traitement de quelques maladies de la peau chez l'enfant (1).

Érythèmes.

Plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes, ces hyperhémies cutanées doivent être envisagées, au point de vue du traitement, suivant leur étiologie. Le traitement local en est simple et banal, mais il dépend de leur cause qu'on puisse se dispenser de leur opposer aucun traitement interne ou qu'il faille les combattre par une médication générale.

Chez le nourrisson, l'*érythème paratrimme* ou *intertrigo* se voit à chaque instant. Pour le prévenir, il faut ne pas laisser l'urine et les matières fécales en contact prolongé avec les téguments ; il faut éviter les frottements des surfaces cutanées opposées de l'abdomen et des cuisses, des fesses, de l'aisselle, les unes contre les autres, ou contre les brassières, les langes trop rudes ou malpropres. Il faut baigner et laver, aussi souvent qu'il est nécessaire, les enfants à peau grasse ou sujets à des sueurs profuses, comme les rachitiques. On emploiera l'eau de son ou de camomille, boriquée ou boratée. On saupoudrera abondamment avec le talc, le lycopode, la poudre d'amidon additionnée d'un dixième de bismuth.

L'*érythème simple des fesses*, uniquement causé par le contact avec des selles acides, et qui, s'il n'est pas rapidement combattu, dégénère en *érythème papulo-érosif*, réclame, outre les lotions de la région ano-fessière après chaque garde-robe, et le poudrage, le traitement actif des troubles digestifs : alcalins, bismuth, benzonaphtol, des lavements antiseptiques et alcalins.

Les érythèmes simples ou papuleux, répartis sur divers points du corps, et qui accompagnent souvent l'éruption d'une dent ou d'un groupe dentaire, ont été interprétés par les uns comme des troubles vaso-moteurs purement réflexes, par d'autres comme liés à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, par les perturbations digestives accompagnant si fréquemment la *dentition*. La première opinion pathogénique conduirait à l'administration des moyens calmants du système nerveux : bains, bromures ; la seconde, à la pratique de l'antisepsie intestinale : purgatifs, calomel, benzonaphtol, salicylate de bismuth, lavements. Dans tous les cas où existent les troubles digestifs, ceux-ci devront être combattus énergiquement par un régime sévère.

Les érythèmes des enfants *dyspeptiques* sont vraisemblablement assimilables aux érythèmes toxiques et médicamenteux ; qu'il s'agisse d'une ptomaïne fabriquée dans le tube digestif ou d'un poison végétal comme la belladone, c'est l'action exercée par l'agent toxique sur la cellule des centres nerveux vaso-moteurs, qui provoque par voie réflexe des zones plus ou moins étendues et plus ou moins nombreuses d'hyperhémie cutanée.

Les *érythèmes médicamentaux* sont très fréquents ; les uns sont roséoliques, d'autres scarlatiniformes, d'autres ortiés. Il faut avoir présente à l'esprit la liste des corps usités en thérapeutique et qui ont été signalés comme capables de perturber l'équilibre des vaso-moteurs : quinine, antipyrine, chloral (surtout si du vin ou de l'alcool est donné en même temps, Labric), atropine, térébenthine, cubèbe, calomel, iodures, bromures. La suppression du médicament est la seule thérapeutique à leur opposer, ainsi que l'administration de boissons abondantes pour activer son élimination. Pour faire de la

(1) *Revue d'obstétrique et de pédiatrie.*

---

désinfections aient beaucoup influé la marche des choses.

Pour la variole, les conditions sont bien plus défectueuses. Au lieu d'une affection à marche rapide, terrorisant et éloignant les proches par son allure foudroyante, nous avons une maladie généralement bénigne, durant plusieurs semaines, pendant lesquelles le malade est peu ou pas isolé, en raison de la confiance que donne à presque tout le monde une vaccination, eût-elle été faite quarante ans auparavant. Je me demande comment on peut avoir confiance dans la désinfection, telle qu'elle est faite, pour empêcher l'épidémie de continuer sa marche. Il ne faut pas craindre de déclarer hautement qu'il n'y a là qu'un *trompe-l'œil*.

Après l'explosion de la bombe lancée à la Chambre des députés, on n'a pas hésité à voter des lois d'exception pour défendre la société, bien que la bombe n'eût fait aucune victime sérieuse. Au point de vue de l'intérêt social, la variole a fait infiniment plus de victimes que l'anarchie, et tous les jours elle continue son œuvre. Pour s'en préserver, il existe un remède certain, la vaccination et la revaccination. Comment se fait-il qu'on ne vote pas d'urgence la revaccination obligatoire, qui peut sauver des milliers d'existences? La comparaison s'impose ; et la logique se prononce d'une façon éclatante.

Pour moi, ce qui est certain, c'est que, si l'on ne prend pas cette mesure, la variole, en dépit de toutes les désinfections, continuera sa marche, jusqu'à ce qu'elle s'éteigne, faute d'aliments, lorsqu'il ne restera plus personne susceptible d'être atteint, soit par suite des vaccinations antérieures, soit par les revaccinations actuelles, volontairement subies.

Encore cinq ou six mois ! et, la variole ayant disparu de Paris, nous verrons l'administration se féliciter d'avoir, par ses sages mesures, sauvé la santé publique.

C'est ainsi que la mouche de notre bon La Fontaine croyait sincèrement avoir, par ses bourdonnements, animé les chevaux, et fait gravir au coche le chemin montant, sablonneux, malaisé !

Dr Prudent Hervouet.

prophylaxie, il est bon de demander dans chaque famille, avant d'administrer pour la première fois à un enfant un des médicaments réputés capables de provoquer des éruptions cutanées, si l'enfant a déjà pris ce médicament sans incident et si les parents ne se souviennent pas avoir eu de l'intolérance pour lui ; car une prédisposition individuelle et assez souvent héréditaire régit ces dermopathies, bizarrement nommées pathogénétiques.

Chez les enfants plus grands, il y a lieu d'envisager toute la série des aliments pouvant agir comme poisons, soit par leur nature, soit par leur altération : poissons de mer, coquillages, crustacés, viande de porc, gibier faisandé. Les *érythèmes polymorphes* ont été signalés dans les empoisonnements alimentaires.

L'*érythème papuleux et noueux* peut être d'origine rhumatismale ; le repos (s'il siège aux membres inférieurs), l'enveloppement ouaté contre le prurit, le bicarbonate de soude, quelques laxatifs constituent le traitement.

On a observé les érythèmes dans beaucoup d'infections (fièvre typhoïde, Hutinel), d'infections amygdaliennes, diphtéries, diarrhées de dentition (Sevestre) ; ils n'ont là qu'une valeur symptomatique ; ils attestent vraisemblablement des infections secondaires d'origines gutturale, gastro-intestinale, bronchique. Ils ne requièrent pas d'autre traitement que celui de la maladie primitive, et l'antisepsie des cavités d'où peut partir le microbe. L'*érythème polymorphe*, considéré par Villemin comme une infection primitive aurait été, d'après lui, surtout justiciable de l'iodure de potassium.

Les *érythèmes scarlatiniformes desquamatifs* sont fréquemment causés par le contact avec le mercure ou l'iode, ou l'ingestion de ces corps (Besnier). Mais il peuvent exister comme conséquence d'une auto-intoxication microbienne. Les prurits terribles qu'ils engendrent au début seront combattus surtout par l'enveloppement ouaté, les lotions chaudes avec le bicarbonate et le borate de soude, le poudrage, les pommades au menthol. L'enveloppement ouaté servira encore, en hiver, à protéger contre le contact de l'air l'épiderme de nouvelle formation, après la chute de toutes les squames.

Eczéma.

Quand on est appelé au début de l'eczéma, s'il existe seulement de la rougeur et du prurit, on appliquera soit des cataplasmes de fécule de pomme de terre tièdes, soit des compresses de tarlatane imbibées de décoction émolliente additionnée de bicarbonate et de salicylate de soude.

Dans la période suivante où les vésicules excoriées laissent suinter la sérosité gommeuse qui tend à se concréter, on saupoudrera avec des poudres d'amidon, de talc, de bismuth. Quand la période de dessiccation commence, on use des pommades telles que le glycérolé d'amidon contenant 1/10 d'oxyde de zinc, d'acide borique, de bismuth.

Lorsque l'eczéma tend à récidiver, on emploie les bains tièdes d'amidon.

Quand un eczéma date déjà de quelque temps, qu'il est recouvert de croûtes sous lesquelles existent des surfaces excoriées, au niveau desquelles se font des inoculations de microbes pyogènes, il faut d'abord faire tomber les croûtes à l'aide de pulvérisations émollientes, de cataplasmes de fécule. Puis on fait des irrigations antiseptiques et on applique des topiques propres à combattre la tendance suppurative due aux infections secondaires (vaseline au salol, à l'acide borique, au calomel).

Dans les cas qui tournent à la chronicité et à la sécheresse, avec prurit intense, on aura un moyen très puissant dans les enveloppements avec le taffetas gommé ou la toile caoutchoutée, qu'on dispose en forme de calotte pour le cuir chevelu, de masque pour le visage, en réservant des trous pour les yeux, le nez et bouche, et de manchons pour les membres. On doublera le taffetas gommé de toile, pour que l'enfant ne l'arrache pas avec ses ongles.

Un des plus grands avantages de l'enveloppement imperméable est de faire cesser assez rapidement le prurit et l'insomnie qui en résulte.

Enfin, quand l'eczéma tend à se perpétuer sous la forme sèche, squameuse ou lichénoïde, il convient de provoquer passagèrement quelques poussées aiguës pour en hâter la guérison ; on aura recours alors, soit aux pommades à base de tannin, au glycérolé tartrique (1/40), au précipité jaune (1/50), au sous-acétate de plomb, au glycérolé cadique, au badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent. La poussée aiguë sera à son tour apaisée par les topiques émollients, et par une succession de l'eczéma, mais à la condition qu'on ait, d'autre part, institué le traitement général basé sur les indications pathogéniques.

En mettant de côté l'influence héréditaire, qui est indéniable, mais n'est pas utilisable au point de vue thérapeutique, on se souviendra que la pathogénie comprend le plus souvent trois ordres d'influences : une disposition créée par la diathèse arthritique ou scrofuleuse, une hygiène alimentaire défectueuse, des irritations locales du tégument. La plus importante de ces trois influences m'a toujours paru être l'*alimentation défectueuse* au point de vue de la qualité ou de la quantité.

Chez le nourrisson, un lait rendu irritant par l'abus que peut faire la nourrice d'alcool, de café, de charcuterie ou de poissons de mer, ou par l'existence chez elle d'une poussée eczémateuse, d'une acidité des humeurs, — un lait trop vieux pour l'âge de l'enfant, c'est-à-dire trop riche en matière grasse, — ou bien la prise de trop grandes quantités de lait, même de bonne qualité, sont des facteurs d'eczéma. Quand on gave de lait un enfant, de deux choses l'une : ou il a une gastrite et une dilatation de l'estomac, ou bien, s'il réussit à digérer et à assimiler cet excès de nourriture, il aboutit à un eczéma.

La première chose à faire est donc de surveiller l'alimentation de la nourrice, de la traiter elle-même par les alcalins, si elle est en puissance d'accidents arthritiques, puis de diminuer la quantité et la fréquence des tétées ou des biberons ; de faire précéder chaque prise de lait d'une cuillerée à café d'eau de Vichy ou de Vals. Si on avait donné à l'enfant prématurément d'autres aliments que le lait, il faudrait revenir à celui-ci. Chez un enfant plus âgé, on doit supprimer le vin ou les autres excitants de

la peau (poissons de mer, crustacés, viande de porc). Il ne faut pas négliger d'empêcher la constipation par des laxatifs, des purgatifs légers, des lavements.

On réalisera un certain degré d'antisepsie intestinale au moyen du benzonaphtol, du salicylate de bismuth ou de magnésie.

Pour répondre à l'indication relative à *l'influence des irritations du tégument*, on s'assurera chez un enfant disposé à l'eczéma que les diverses parties du vêtement ne sont pas des causes de frottement, on évitera le contact prolongé de l'urine, des sécrétions sudorale et sébacée.

La persistance ou la récidive de l'eczéma fera essayer la *thérapeutique antidiathésique* ; s'il y a des indices de scrofule, pour modifier la nutrition déviée les iodiques, le tannin, l'huile de foie de morue seront essayés ; mais si l'enfant est arthritique, ces substances auront un résultat défavorable et il faudra donner les alcalins. C'est aux lymphatiques, qui, plus âgés, virent vers l'arthritisme, que convient surtout l'arsenic, médicament qui donne parfois des guérisons rapides et d'autres fois aggrave le mal. Ce n'est *jamais au moment des poussées aiguës* qu'il faut l'essayer.

Unna conseille l'ichtyol (2 gouttes par jour).

Les eaux minérales nous fournissent les arsenicales, les chlorurées et bicarbonatées sodiques, les sulfurées. Malgré tous les soins possibles, on se heurte parfois à d'interminables eczémas.

Impétigo.

Nous ne nous arrêterons pas à réfuter le préjugé qui consiste à redouter que la disparition de l'impétigo ait pour conséquence quelque maladie interne par suite d'une répercussion métastatique : si cette croyance, qui peut être discutée quand il s'agit de l'eczéma de cause interne, peut avoir encore quelques adeptes dans certains milieux, elle ne compte plus de défenseurs parmi les médecins.

Les pustules impétigineuses, en effet, résultent de l'inoculation de staphylocoques ; s'il faut quelquefois à ces microbes, pour prospérer, un terrain prédisposé par une viciation des humeurs, telle qu'en produisent la scrofule et l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, il est prouvé que les microbes pyogènes, répandus avec abondance à la surface de nos téguments et des objets, ne cherchent qu'une fissure pour s'insinuer plus ou moins profondément dans nos tissus : en eczéma de cause interne, un érythème excorié par le grattage, servent ordinairement de porte d'entrée.

Quand la pustulation impétigineuse s'est développée, l'auto-inoculation s'opère de proche en proche par les contacts et le grattage; la *blépharite* et la *conjonctivite*, la *kératite*, la *stomatite*, la *tourniole* ou panaris sous-épidermique, la *vulvite* et la *balanoposthite* sont des complications tenant au transport à distances plus ou moins grandes, sur le même individu ou sur d'autres, des staphylocoques dont la virulence peut varier par des influences, qui nous échappent, telles que le changement de terrain organique.

Sans vouloir exagérer la gravité de l'impétigo, il convient de faire remarquer que les staphylocoques, s'ils pénètrent dans la circulation, peuvent causer non seulement des angioleucites et des abcès ganglionnaires, mais, s'ils rencontrent des altérations viscérales antérieures et prédisposantes, des infections locales ou générales, suppuratives ou non, l'*endocardite infectieuse*, une *pyémie métastatique*, une *ostéomyélite*.

Le devoir du médecin est donc de préserver les enfants contre l'impétigo, et de guérir rapidement cette pyodermite, quand elle est réalisée.

On aura donc soin de faire l'occlusion de toute excoriation épidermique chez les enfants, de les faire laver avec des antiseptiques faibles (solutions boriquées). Les antiseptiques faibles suffisent pour entraver la pullulation des staphylocoques.

Quand l'affection commence à se manifester, ces mêmes moyens suffisent en général à l'enrayer : vaseline boriquée ou salolée, poudre d'aristol.

Mais le plus souvent nous avons à traiter un impétigo qui se présente sous l'aspect de croûtes épaisses, recouvrant quelquefois des abcès, sous-cutanés ou ganglionnaires. Il y a donc, avant l'antisepsie, un travail préalable pour dégager la région et permettre d'attaquer l'élément microbien.

Les moyens préliminaires sont les pulvérisations d'eau de guimauve boriquée, les cataplasmes de fécule, et surtout les enveloppements dans des tissus imperméables, suivant la méthode inaugurée il y a quarante ans par Colson (de Beauvais). Avec de la toile caoutchoutée ou du taffetas gommé qu'on double d'une étoffe destinée à en accroître la résistance, on fait soit un masque en y réservant des orifices pour les yeux, le nez et la bouche, soit une calotte, soit un manchon ou une mitaine suivant la région qu'on veut emmailloter et soustraire au contact de l'air. On laisse l'étoffe imperméable appliquée plusieurs heures et on la retire pour laver soigneusement avec de la solution antiseptique les liquides exsudés qui la souillent ; puis on la réapplique plusieurs jours de suite (une semaine au plus suffit), jusqu'à ce que toutes les croûtes soient détachées ; le prurit est rapidement soulagé.

Pour le cuir chevelu, on coupe les cheveux ras avec les ciseaux. S'il y a des abcès, on les ouvre.

L'enveloppement imperméable enlevé, on recouvre la zone impétigineuse d'une substance antiseptique peu irritante soit pulvérulente, soit dissoute dans un excipient adhésif : le glycérolé d'amidon boriqué à 1/10, la vaseline au salol, la pommade au calomel, la poudre d'aristol, le vernis phéniqué appelé stérésol conviennent. Sur les surfaces restreintes, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge de Vidal au minium et au cinabre, peuvent être utilisés.

Quand l'extension est enrayée, on peut achever la guérison par les pommades au bismuth ou à l'oxyde de zinc.

Les blépharites, conjonctivites et kératites, requièrent les pommades à l'oxyde jaune de mercure, au calomel, les collyres au sulfate de zinc ou de cuivre, au nitrate d'argent.

La stomatite impétigineuse guérit par les badigeonnages à la glycérine salolée, au stérésol.

L'impétigo des organes génitaux requiert les grands bains antiseptiques.

On n'omettra pas les prescriptions relatives à l'hygiène alimentaire et le traitement général ; chez les nourrissons, on réglementera l'abondance du lait, quand l'eczéma par mauvaise alimentation a servi de substratum à l'inoculation staphylococcique ; chez les enfants plus âgés, on interdira, comme dans toutes les dermatoses, les poissons, les viandes fumées, le gibier, les salaisons, charcuterie, les épices, le vin, le café et le thé.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le Baccalauréat moderne et les études médicales.

En 1852, on dispensait les étudiants en médecine du diplôme de bachelier ès lettres ; six ans après, sur les réclamations de toutes les facultés, on reprenait le baccalauréat délaissé.

Le ministre vient de demander, de nouveau, à la faculté, si on ne pourrait pas se contenter, pour l'accès des études médicales, du *baccalauréat moderne*, dans lequel les *langues anciennes sont supprimées*.

Une commission de 6 membres de la faculté, présidée par le Doyen, répond, par la voix de M. le professeur *Potain*, que cette innovation serait funeste ; que le baccalauréat moderne, même avec quelques remaniements, ne suffit pas aux médecins ; que si la suppression de l'étude des langues anciennes, donne plus de temps à l'étude des sciences physiques et naturelles, l'étudiant sera suffisamment préparé par son année à la faculté des sciences et que l'étude des langues anciennes a une vertu éducatrice, dont le médecin ne peut se passer sans déchoir.

Où trouvera-t-il, une fois illettré, la possibilité de comprendre les termes médicaux, d'en créer, de lire les écrits des maîtres, en latin et dans toutes les langues modernes qui en dérivent, d'écrire, lui-même, en une langue précise, claire, propre à l'étude des maladies, etc.

En un mot, il est assuré que la suppression de l'étude des langues anciennes lui enlèvera cette autorité d'une instruction supérieure qui lui permet de prescrire, de conseiller, de commander, au nom de l'hygiène. Diminuer sa culture intellectuelle, c'est diminuer son autorité et le nombre des étudiants en médecine est largement suffisant pour qu'il ne soit pas nécessaire de faciliter l'accès et l'encombrement de la profession.

Nous estimons que la Faculté de médecine de Paris a défendu, en repoussant la mesure proposée, les intérêts qui lui sont confiés et par suite les intérêts de la Société.

A. C.

Rapport de M. le professeur Potain.

Le baccalauréat moderne, dans lequel, comme on le sait, les langues anciennes sont supprimées, doit-il pouvoir ouvrir les portes de la carrière médicale tout comme le baccalauréat ès-lettres ordinaire ?

Appelée par M. le Ministre de l'Instruction publique à donner son avis sur cette très grosse question, la Faculté de médecine a chargé une commission de six membres de lui soumettre un rapport. C'est au nom de cette commission, composée de MM. Brouardel, président, Baillon, Gariel, Tarnier, Bouchard et Potain, que ce dernier a rédigé le très intéressant rapport que voici :

Messieurs,

La Faculté de Médecine a été consultée par le Ministre de l'instruction publique sur la question de savoir s'il convient d'adopter, comme donnant accès aux études médicales, le baccalauréat institué par le décret du 5 juin 1891. Cette question a été soumise à une commission composée de MM. le Doyen, président, Baillon, Gariel, Tarnier, Bouchard et Potain, rapporteur.

Après avoir examiné le programme du baccalauréat moderne, après avoir discuté ses avantages et ses inconvénients, la commission s'est arrêtée aux conclusions suivantes :

A l'unanimité, elle déclare que le programme d'études correspondant au baccalauréat moderne ne constitue pas, suivant elle, une préparation appropriée à l'étude de la médecine et qu'il ne convient pas de l'admettre comme y donnant accès.

Un des membres de la commission a émis, il est vrai, la pensée qu'avec des modifications et des remaniements suffisants, on l'y pouvait adapter peut-être.

Mais tous ont été d'avis qu'en l'état il serait souverainement imprudent de soumettre une génération médicale entière à ce régime, avant qu'une expérience suffisante ait fait connaître les résultats que son application pourra donner.

Pour le plus grand nombre de vos commissaires, le programme dont il s'agit présente, comme préparation aux études de médecine, un vice radical, qui est aussi, précisément, la caractéristique la plus accentuée de la réforme qu'on propose. Je veux dire : la suppression absolue de l'étude des langues anciennes

C'est une conviction profonde, pour la plupart d'entre nous, que la connaissance de ces langues est indispensable au médecin et que leur étude possède une vertu éducatrice qu'on ne saurait trouver, à un degré semblable, dans aucune des parties de l'enseignement qu'on y voudrait substituer. J'ai dit que la connaissance des langues anciennes est indispensable au médecin. Elle l'est pour plus d'un motif.

Le médecin, d'abord, est destiné toute sa vie à se servir incessamment de termes dont la plupart sont empruntés au grec ou au latin. Il lui importe d'en saisir exactement le sens, et pour cela, d'en connaître l'origine ; puis, s'il est assez heureux pour découvrir un jour quelque fait précédemment inconnu, il se pourra qu'il ait lui-même à créer un mot nouveau pour exprimer cette chose nouvelle. C'est à l'une des langues anciennes qu'il lui faudra bien le demander ; car il n'est pas à croire que notre système de terminologie vienne à se modifier jamais, puisque notre langue n'est point, à l'exemple de quelques autres, propre à la formation autonome de mots composés. Sans doute, des notions fort sommaires peuvent suffire à rendre accessible l'intelligence des étymologies, mais à se servir constamment de termes dont l'origine pour nous se perd dans un monde comme étranger et inconnu, il y a une sorte d'humiliation, un sentiment pénible d'infériorité intellectuelle que j'ai entendu plus d'une fois très vivement exprimer par de fort honorables médecins, qui l'avaient douloureusement ressenti.

Enfin, notre terminologie si simple, si aisée, pour qui s'y trouve préparé par ses études antérieures, imposerait à tout autre des efforts de mémoire qu'il est singulièrement utile, au moment où l'on aborde la médecine, de pouvoir réserver à des objets d'une plus haute importance. L'intelligence moins aisée, moins précise, moins complète des termes sera toujours chose singulièrement fâcheuse en des matières où la clarté est trop souvent difficile à mettre et toujours cependant si désirable.

Parmi les médecins, d'ailleurs, il en est qui pour,

ront être appelés un jour à publier le résultat de leurs observations et à prendre une place plus ou moins considérable dans la littérature médicale.

Ne faut-il pas qu'ils soient convenablement préparés à l'œuvre qu'ils pourraient avoir à accomplir. Que, dans ces sortes d'écrits, l'importance des idées et des faits doive être prisée beaucoup plus que l'élégance de la forme, cela va sans dire. Pourtant, le mode d'exposition des vérités les plus graves n'est jamais indifférent et, quand il est heureux, ne laisse pas d'en rehausser la valeur, comme aussi d'en favoriser l'expansion. D'excellents modèles à cet égard se trouveront assurément dans notre littérature nationale, mais ceux-là qui nous les ont donnés étaient tout imbus de ces littératures anciennes qu'on voudrait nous refuser, ou, du moins, dont on prétend nous dispenser aujourd'hui. Pourquoi ne pas nous permettre de puiser encore aux sources mêmes où ils ont trouvé leurs inspirations ?

Assurément, on ne le défendra pas. On permettra au médecin de compléter sur le tard une instruction qu'on aura laissée imparfaite. On trouvera même à citer des hommes illustres, comme Velpeau, qui très tardivement se sont mis à l'étude des langues anciennes, dans l'ignorance desquelles ils étaient restés d'abord. Mais qui dira ce qu'eussent été ces maîtres si leur vigoureuse intelligence avait pu s'appliquer tout entière aux problèmes de la médecine, dans le temps où il lui fallait se plier encore à l'étude des conjugaisons et des déclinaisons.

Toute la science médicale, enfin, n'est point enfermée dans les ouvrages de langue moderne. Il ne faudrait pas remonter bien haut pour trouver des œuvres de considérable importance qui furent rédigées en latin et qu'il serait infiniment regrettable de ne pouvoir point lire dans l'idiome où elles ont été conçues. S'en tenir rigoureusement à la littérature moderne, est se faire en général une idée insuffisante et fausse des sciences et de leur histoire. Un chimiste éminent le montrait tout dernièrement encore avec une érudition profonde, qui fait songer à ce qu'il nous faudrait regretter, si un Berthelot eût été, en son temps, soumis au régime du baccalauréat moderne.

Il est entendu que l'étude des langues anciennes ne dispense en aucune façon de celle des langues actuelles. Tout au contraire, elle y prépare fort utilement, en ce qui concerne au moins un certain nombre d'entre elles. A qui possède la connaissance du latin, l'accès de toutes les langues latines devient ultérieurement facile, et il est aisé de s'en rendre maître dans la mesure nécessaire pour l'utilisation médicale. En sorte qu'un élève, sachant suffisamment le latin d'une part et l'allemand de l'autre, est armé de façon à trouver accessibles, le jour où cela lui deviendrait nécessaire, la plupart des langues dans lesquelles se rédigent actuellement des œuvres de médecine. Car on ne saurait se représenter pour le médecin l'étude des langues étrangères comme un objet de luxe, un complément d'élégance, lui permettant de voyager agréablement ou de se rendre utile à des étrangers de marque. Qu'il puisse converser plus ou moins purement dans telle ou telle langue moderne, cela est bien ; on ne saurait que l'en louer. Mais l'interprète d'un hôtel garni bien tenu en pourrait faire autant.

C'est à un tout autre point de vue qu'il importe au médecin d'avoir la connaissance des langues ; c'est comme outil de travail qu'il en a besoin. A cet égard, il ne s'agit plus de lui faire approfondir la littérature de telle ou telle de ces langues, ou de lui rendre familières les délicatesses de la conversation, mais bien de lui fournir les moyens de se faire, à un certain degré, polyglotte, le jour où cela lui deviendrait nécessaire. De plus en plus, chacun veut produire, en sa langue propre, le résultat de ses investigations. De plus en plus, nous nous voyons contraint d'aller chercher en tous pays les éléments nombreux de sciences nouvelles.

Ce serait, messieurs, sortir absolument de notre compétence que de parler ici de l'utilité que peut avoir l'étude des langues anciennes au point de vue de la gymnastique individuelle. Aussi veux-je seulement vous rappeler que de très bons esprits, et des plus compétents, soutenaient cette thèse et ce qu'il nous faut bien examiner, c'est si les éléments d'instruction, qui dans le plan nouveau se substitueraient au grec et au latin supprimés, seraient, comme préparation à nos études, préférables autant qu'on le croit.

Je viens de dire ce qu'il semble bien qu'il en faut penser en ce qui concerne les langues. Il reste le développement plus considérable qu'on pourrait donner à l'étude des sciences naturelles, physiques et mathématiques.

Les sciences physiques et naturelles devant être étudiées à fond à l'entrée même des études médicales, il n'est guère besoin que nos élèves à venir acquièrent à ce sujet, pendant le cours de leur instruction secondaire, autre chose que des données tout à fait sommaires.

Quant aux sciences mathématiques, c'est une grande et grave question de savoir dans quelle mesure il importe aux futurs médecins d'y attacher spécialement leur esprit. Les applications directes de ces sciences à la médecine seront toujours en bien petit nombre. L'esprit médical gagnerait-il donc beaucoup à se faire, en ce cas, plus spécialement géométrique ? A s'abstraire souvent et longtemps dans les problèmes les plus difficiles de l'algèbre, une intelligence deviendra-t-elle plus apte à résoudre ensuite ceux de la médecine ? On le pourrait croire, en assimilant à cet égard la médecine aux autres sciences, pour lui appliquer les règles, souverainement justes, que Pascal empruntait au raisonnement géométrique pour les imposer à toutes. Ces règles n'ont point à changer, sans doute, pour s'introduire dans la science médicale. Elles y sont d'un secours plus précieux, plus indispensable peut-être que partout ailleurs, mais elles s'y appliquent à des problèmes de nature si complexe, si absolument différents, à cet égard, de ceux dont les mathématiques ont à s'occuper et dont elles donnent la solution, que, dans cette application, elles se transforment en réalité, ayant à gouverner des opérations intellectuelles d'un ordre tout différent, où le relatif l'emporte toujours considérablement sur l'absolu.

L'expérience a mille fois montré que les esprits les plus brillamment préparés par l'étude et la méditation des mathématiques étaient ceux qui moins aisément se pliaient à la complexité générale des problèmes médicaux, ceux qui, en transportant directement dans la médecine leurs notions antérieures, leurs procédés analytiques et la rigueur habituelle de leur méthode, étaient exposés davantage à commettre de prodigieuses erreurs.

Ne suffit-il pas, pour en trouver un exemple frappant, de se rappeler ce qu'il advint de la merveilleuse découverte de Harvey, médecin et anatomiste, le jour où elle passa par les mains de Descartes, ce contemporain illustre, qui ouvrait des voies nouvelles aux mathématiques, imposait des lois à la physique du monde et dotait l'esprit humain d'une méthode sûre pour atteindre la vérité.

Ce qui advint, c'est que, à cette splendide découverte exposée par le médecin anglais en un latin si pur, dans une œuvre si précise en son admirable concision, où, chose merveilleuse, il ne s'était point glissé une seule erreur qu'on ait eu à relever depuis, Descartes s'avisa d'associer ou de substituer l'erreur la plus monstrueuse qui se pût imaginer et de faire de l'organe central de la circulation une véritable machine à vapeur (1). En cela, sans doute,

(1) Voir sur cette question la leçon clinique d'ouverture de M. le prof. Potain (*Bulletin médical*, 1893, n° 91.)

il devançait le médecin Denis Papin, mais il le devançait, vous en conviendrez, d'une façon bien malencontreuse.

Est-ce que cela ne veut pas dire qu'avoir la pensée remplie des plus hautes conceptions mathématiques n'est point une raison du tout pour apporter plus d'exactitude dans les choses de la médecine, qu'il n'est pas bon chez nous que l'esprit s'habitue à ne concevoir aucune vérité, à ne connaître aucune certitude là où une équation n'est pas possible et qu'on gagnerait peu à développer beaucoup, chez les futurs étudiants en médecine, cette partie de l'instruction au détriment des autres et notamment des littératures anciennes.

Sans doute le programme d'études qu'on nous propose ne dédaigne pas les œuvres de l'antiquité. Il en promet des traductions, des analyses qui reproduiront la pensée antique. Or, à contempler à travers un voile aussi épais cette œuvre morte, ce squelette de littérature, je ne vois pas bien quel profit nos futurs élèves pourront avoir si ce n'est de regretter plus amèrement le bien dont on les aura privés.

Messieurs, nous avons tous pensé qu'avant d'introduire un changement si considérable dans l'instruction préparatoire de nos élèves et de l'adopter comme règle, il faudrait tout au moins que l'expérience eût fourni quelques indications sur les conséquences qu'il peut avoir. Eh bien, cette expérience n'est point à faire. Elle est faite depuis longtemps. En 1852, il y a quarante ans, le gouvernement avait déjà dispensé les étudiants en médecine de produire le diplôme de bachelier ès lettres. La tentative, apparemment, fut loin de donner des résultats heureux, car, six ans après, sur les réclamations des Facultés de médecine et de la vôtre en particulier, ont dû revenir sur la première décision et reprendre le baccalauréat délaissé.

Maintenant que tout récemment on vient de supprimer le grade d'officier de santé comme ne donnant pas de garanties d'instruction suffisantes, adopter le nouveau programme, ne serait-ce pas, par une voie détournée, revenir à ce qu'on a abandonné et, dans une certaine mesure, revenir à ce qu'on a condamné ? Ce serait y revenir, avec une aggravation considérable, que de l'appliquer désormais à la généralité des médecins.

On le disait déjà, Messieurs, lorsqu'en 1858 cette question fut, pour la première fois, débattue dans notre école ; le médecin est, par sa profession, destiné à prescrire, à conseiller, à commander parfois au nom de l'hygiène. Il ne le peut faire avec une autorité qu'en raison d'une instruction supérieure et il importe à tous qu'il le puisse faire. Tout ce qui paraîtra diminuer sa culture intellectuelle portera nécessairement atteinte à son autorité. C'est donc au nom de l'intérêt général que nous avons à demander qu'on n'abaisse point, ne fût-ce qu'en apparence, le niveau intellectuel du corps médical futur.

Telles sont, Messieurs, les considérations principales qui ont entraîné l'avis unanime de la Commission et l'ont déterminée à vous proposer de répondre à M. le Ministre que la Faculté de médecine de Paris ne pense pas qu'on puisse admettre le baccalauréat moderne comme donnant accès aux études médicales.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des cantons de Roubaix.

Les médecins de Roubaix et des environs, désireux de profiter des avantages que leur confère la loi du 1er décembre 1892, se sont réunis le 5 juillet 1893 pour étudier la question de la formation d'un syndicat. Les signataires des convocations étaient MM. les Drs Dewille et Lepoutre. Vingt-sept confrères étaient présents ; cinq autres avaient envoyé leurs pouvoirs à des confrères.

Sous la présidence de M. Dupont-Chopart (du Blanc-Jean), doyen d'âge, la réunion décida, après un exposé très net de la situation actuelle des médecins, exposé fait par M. le Dr Butruille, de constituer un syndicat où seraient admis tous les médecins, domiciliés dans les cantons de Roubaix et dans les communes limitrophes ; le nom choisi fut *Syndicat Médical des cantons de Roubaix*.

Après l'échange de quelques observations, on procéda à l'élection du bureau, qui fut ainsi constitué:

M. le Dr Dewille, *président* ;
M. Dupont-Chopart, *assesseur* ;
M. le Dr Butruille, *assesseur* ;
M. le Dr Faidherbe, *secrétaire* ;
M. le Dr Leplat (de Wattrelos), *trésorier* ;

Les statuts adoptés sont ceux que le Concours médical a proposés, sauf de légères modifications qui ont paru nécessaires pour la direction d'un syndicat local. Le président n'est pas rééligible : il en est de même de deux autres membres du bureau que le sort désignera chaque année. Le droit d'entrée est fixé à cinq francs, la cotisation annuelle à 12 francs : l'absence, même non justifiée, n'entraine pas d'amende, mais les présents ont droit à un jeton de présence de 2 francs.

Les séances ordinaires doivent avoir lieu tous les deux mois et chaque année le syndicat doit tenir une séance spéciale où il sera rendu compte des travaux de l'année et où auront lieu les élections.

Ces statuts ont été confirmés dans une séance ultérieure.

Depuis, le syndicat a fixé les règles de conduite qui doivent présider aux rapports des médecins entre eux et a mis à l'étude le tarif minimum qui devra être adopté pour la fixation des honoraires.

Au sujet des rapports entre confrères, il a été décidé que les questions personnelles entre membres du syndicat devront être soumises à l'appréciation du bureau, auquel s'adjoindront, le cas échéant (notamment si l'un des membres du bureau, étant mis en cause, ne peut délibérer), trois membres, désignés chaque année. Les trois membres, élus le 19 juillet, furent MM. les Drs Lepoutre, Bettremieux et de Chabert.

Le syndicat médical des cantons de Roubaix compte actuellement trente-trois membres.

Syndicat médical de la région de Montpellier.

A la suite de deux réunions générales tenues le 23 novembre et le 14 décembre 1893, il a été décidé :

1° Que l'ancien Syndicat de Montpellier serait supprimé et transformé en Syndicat médical de la région de Montpellier, afin que tous les confrères du département qui voudraient en faire partie puissent s'associer à nous individuellement.

2° Que le nouveau Syndicat serait dirigé par un conseil Syndical dont la composition a été arrêtée de la façon suivante :

Président Honoraire : M. Surdun.
Conseil Syndical.
BUREAU.

Président : M. Grasset ;
Vice-présidents : MM. Guibal et Leenhardt ;
Secrét. Génér. trésor. : M. Diffre ;
Secrétaire annuel : M. Saussol ;
Avocat Conseil : Me Guibal.

SYNDICS :

MM. Jaumes (Montpellier) ; Fabre (Poussan) ; Castan (Pignan).

3° Que les statuts du Syndicat seraient formulés d'après le texte ci-joint. (*suivent les statuts.*)

Les réunions mensuelles, libres, des membres du Syndicat auront lieu, dorénavant, le premier mardi de chaque mois dans une des salles de l'Association générale des Etudiants de Montpellier, mise gracieusement à notre disposition, ce jour-là, entre 4 heures et 7 heures du soir.

On y trouvera jeux et consommations au prix d'étudiant. Première réunion le 2 janvier 1894.

Le Secrétaire général,
Dr DIFFRE.

Syndicat médical de Saint-Quentin (Aisne).

A M. le Docteur Cézilly.

Monsieur le Directeur,

Sur les instances réitérées de plusieurs confrères de l'arrondissement de Saint-Quentin manifestant le désir de créer un syndicat médical, des lettres de convocation furent adressées par les soins diligents du Dr Artaud (de Saint-Quentin) aux 40 médecins de cette région.

Le projet a bien réussi. — 20 médecins ont adhéré au syndicat, 3 restent indécis — 3 seulement ont envoyé une réponse négative. Les autres confrères n'ont pas répondu à cette convocation, il est vrai, mais il est bien probable que parmi eux nous aurons de nouveaux adhérents.

Interprète de tous mes confrères, je viens vous exprimer nos sincères remercîments pour l'empressement que vous avez mis à nous fournir les renseignements nécessaires à la réalisation de la constitution de notre syndicat.

Sauf quelques légères modifications, nos statuts sont formulés dans les mêmes termes que ceux que vous avez bien voulu nous transmettre.

Le syndicat médical de l'arrondissement de Saint-Quentin a en outre, à l'unanimité, donné son adhésion à l'Union des syndicats médicaux de France.

Veuillez agréer,

Le Secrétaire du syndicat médical,
Dr HERVOUET.

REPORTAGE MÉDICAL

Association de la Presse Médicale. — *Réunion du 12 janvier* 1894. Le premier dîner statutaire pour l'année 1894 de l'*Association de la Presse Médicale* a eu lieu le 12 janvier 1894, au restaurant Marguery sous la présidence de M. Cornil. Dix-huit membres ont assisté à cette séance, parmi lesquels les syndics : MM de Ranse et Cézilly.

Le Secrétaire général a présenté la brochure, imprimée par les soins de l'Association pour perpétuer le souvenir du Banquet offert sous son initiative par le corps médical français aux médecins de l'Escadre Russe. Cette brochure est désormais à la disposition de tous les Médecins qui ont adhéré et souscrit au banquet ; ils peuvent la faire prendre au Secrétariat, 14, Boulevard Saint-Germain (1).

Monsieur le Trésorier a ensuite fait approuver les comptes du Banquet. En raison des dépenses supplémentaires qu'a occasionnées à l'Association son initiative au cours des Fêtes franco-russes, le montant de la cotisation sera cette année, et par *exception*, augmenté de 10 francs.

Enfin, le Secrétaire général a mis l'Association au courant des démarches qu'il a faites, à l'occasion du prochain Congrès international de Médecine de Rome, comme Secrétaire du Comité d'initiative français. La *Société de Voyages pratiques* a été autorisée à organiser toute une série d'excursions en Italie, en Grèce et en Tunisie, sous le contrôle du Comité français.

Un avis ultérieur fournira à ce sujet tous les renseignements désirables.

Au cours de cette réunion, M. de Ranse, syndic sortant, a été réélu à l'unanimité.

Le Secrétaire Général,
MARCEL BAUDOUIN.

— *XIe Congrès international de médecine de Rome.* — Les membres de l'*Association de la Presse médicale française*, réunis en Assemblée générale le 12 janvier 1894, sont d'avis que les médecins français doivent prendre une part active au Congrès international de médecine de Rome.

Ils se fondent sur les raisons suivantes :

1° Ce Congrès est la suite de réunions analogues et les médecins français doivent d'autant moins déserter ces grandes assises qu'ils en ont pris les premiers l'initiative (Congrès de Paris, 1867). Le but de ces Congrès, exclusivement scientifique, consiste à poser et à discuter les questions de médecine générale et spéciale et d'hygiène qui intéressent tous les Etats.

2° Le français est l'une des langues officielles du Congrès, celle qu'emploiera la grande majorité des délégués belges, espagnols, grecs, hollandais, romains, russes, suisses, turcs, américains du Sud. On ne peut abandonner ceux qui nous font cet honneur.

3° Le corps médical français a le devoir de se produire, de faire connaître ses méthodes et les résultats de ses travaux dans une réunion de savants destinée à discuter les projets les plus importants à l'ordre du jour.

Dans ce concours d'hommes de science, nous devons mettre au mieux en évidence notre travail national, notre enseignement, nos savants et nos publications (2).

CORNIL, CÉZILLY, DE RANSE, CHEVALLEREAU, BÉRILLON, BILHAUT, DELEFOSSE, DE MAURAN, FOURNIER, GAUTIER, GORECKI, GOUGUENHEIM, JANICOT, LABORDE, MEYER, OLIVIER, VALUDE, M. BAUDOIN, Secrétaire.

— Nous sommes en retard pour annoncer à nos lecteurs, la nouvelle publication philosophique de notre distingué confrère, le Dr *Julien Piogey*, d'Asnières : *la Vie et la Pensée*, essai de conception expérimentale. Elle fait suite au *Monde physique*, dont nous avons déjà parlé et précède *la Vie sociale et la Morale*, (sous presse).

---

(1) Cette brochure est mise en vente au Secrétariat général pour tous ceux qui n'ont pas pu assister à cette fête.

On peut la demander par lettre en envoyant 1 franc en timbres-poste.

(2) Pour tous renseignements, s'adresser 14, Boulevard Saint-Germain.

Les hautes spéculations philosophiques de M. Piogey seront du goût d'un certain nombre de nos lecteurs.

La conception est la synthèse de la connaissance. La conception expérimentale est le couronnement de la Science expérimentale. Première partie de l'étude : Analyse organique : Monde organique, vie, matière vivante, nutrition, croissance, génération, sensibilité, instinct, conscience, intelligence, mémoire, jugement, volonté, pensée.

Deuxième partie : Origine de la vie, panspermisme organisation, hérédité, etc... Conclusion : *Origine expérimentale, lois organiques, relativité de la connaissance.*

— *Hôpital International*, 11, *rue de la Santé*, 11. — **Polyclinique.** — M. le Docteur Aubeau commencera le samedi 18 janvier 1894, son cours public sur : *Les Applications de la Bactériologie et de la Micrographie à la précision du diagnostic chirurgical*, et le continuera les jeudis suivants, de 5 à 6 heures, à l'Amphithéâtre de l'Hôpital International.

— *Les Expéditions Postales.* — Des modifications viennent d'être apportées dans les règlements actuels concernant les conditions d'envoi des objets admis à prix réduits. Au nombre de ces dispositions nouvelles contenues dans cet arrêté, figurent les suivantes :

Sont admis à circuler par la poste au tarif *des publications périodiques* :

1° Les journaux et écrits périodiques contenant de simples traits faits à la main et destinés à marquer un mot ou un passage du texte ;

2° Les journaux sur lesquels ont été inscrites des réflexions ou critiques concernant l'article en regard et dépourvues de tout caractère de correspondance pour la personne à laquelle le journal est envoyé.

Sont admises à circuler par la poste au *tarif des imprimés* :

Les cartes de visites imprimées ou manuscrites contenant les indications ci-après :

Nom, prénoms, qualité ou profession et adresse de l'expéditeur ;

Jours et heures de consultation ou de réception.

Pour prendre congé ou P. P. C.

Pour faire connaissance ou P. F. C.

En congé, en disponibilité ou retraité.

Remerciements.

Vœux ou souhaits formulés en termes impersonnels et à l'occasion d'un événement général, comme le Jour de l'An, la fête de Noël, etc.

Il est défendu d'expédier à prix réduit des circulaires, prospectus, prix courants et avis divers *écrits à la main.*

Sont admis à circuler aux conditions du tarif de 5 centimes à 50 grammes :

Les notes de frais et d'honoraires, *avec ou sans indication de la date et du mode de paiement* ;

Les factures acquittées ou non, les relevés de comptes ou de factures, bordereaux ou avis d'expéditions ainsi que les copies de ces pièces adressées à toute personne indistinctement ;

Les polices d'assurances et les avenants.

Dans le cas d'accumulation de dépêches ou d'insuffisance des services établis, les paquets déposés à la poste et affranchis à prix réduits peuvent être retardés d'un, de deux et même de trois ordinaires, soit au bureau où ils ont été déposés, soit dans les bureaux par lesquels ils doivent transiter.

Art. 36. — Sont toutefois expédiés et transmis sans retard, dans tous les cas :

1° Les journaux et écrits périodiques ;

2° Les prix-courant, mercuriales, cotes de bourses ou d'offices de publicité et des ventes ;

3° Les lettres de convocation et avis de passage des voyageurs de commerce ;

4° Les avis de naissances, mariages ou décès ;

5° Les affiches ;

6° Les épreuves d'imprimerie et les papiers d'affaires ;

7° Les imprimés relatifs aux élections.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3860. — M. le Dr Caillard, de Sainte-Marie-de-Ré (Charente-Inférieure), présenté par M. le Dr Neveur, de Saint-Martin-de-Ré.

N° 3861. — M. le Dr Roudouly, de Caussade (Tarn-et-Garonne), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de Tarn-et-Garonne.

N° 3862. — M. le Dr Chamoin, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 3863. — M. le Dr Vaisson, de Contres (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

N° 3864. — M. le Dr Laffage, d'Arnay-le-Duc (Côte-d'Or), membre de l'Association des médecins de la Côte-d'Or.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4.

Le « gros mal » du moyen-âge et la syphilis actuelle, par le Docteur F. Buret. In-16 de 320 pages, avec une gravure du XVe siècle et une préface de M. Lancereaux, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine, etc. (*Envoi franco contre un mandat-poste de 4 fr.* adressé à M. le Directeur de la Société d'éditions, 4, rue Antoine-Dubois.)

Le Dr Buret n'est plus un inconnu. Le Monde savant, de même que le public, n'ont pas oublié **la Syphilis aujourd'hui et chez les Anciens** — ouvrage presque épuisé maintenant — que nous avons édité en 1890.

Toute la littérature antique (Chine, Japon, Inde, Assyrie, Egypte, etc.) a été fouillée. Les auteurs grecs et latins, qui fourmillent de calembours et de jeux de mots..... piquants — pour ne pas dire plus — ont été l'objet d'une étude attrayante aussi bien pour le savant que pour l'homme du monde qui veut s'instruire sans fatigue.

Le volume d'aujourd'hui, **Le « gros mal » du moyen-âge et la syphilis actuelle**, fait suite au précédent. Cette fois, l'ancienneté de la syphilis est absolument démontrée :

Dans une seconde partie, qui traite des *Temps Modernes*, le Dr Buret passe en revue tous les auteurs remarquables qui ont écrit sur la syphilis depuis 400 ans. Étude précieuse — jusqu'ici incomplète et à peine ébauchée — dans laquelle l'auteur a fait preuve d'un véritable sens critique. Nous possédons maintenant un historique de la syphilis. Quant à la légende de l'origine américaine, elle est morte et bien morte : la lumière est faite sur la ténébreuse question qui, depuis quatre siècles, divisait le corps Médical du monde entier.

L'auteur n'a pas oublié le côté pratique ; car, après avoir résumé toutes les méthodes de traitement en usage depuis le XVe siècle, il a donné un exposé très clair des dernières découvertes thérapeutiques ; puis, ce qu'on chercherait vainement autre part, un moyen *simple et facile* d'éviter la terrible contagion.

Nous n'insisterons pas. Nous dirons, en nous résumant, que le praticien aura là une source de renseignements précieux, un guide sûr, un livre enfin dont la lecture facile le reposera de ses travaux journaliers. C'est le fruit de six années d'un travail opiniâtre. L'homme étranger aux choses de la médecine pourra pénétrer avec l'auteur dans les arcanes de la science, car l'ouvrage est accessible à tous ceux qui comprennent la langue française.

N. B. — Les personnes qui demanderont les deux volumes ensemble, les recevront franco contre un mandat-poste de 7 fr., adressé à *M. le Directeur de la Société d'Editions*, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 4 27 Janvier 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX en Algérie.

Monsieur le *Garde des Sceaux, ministre de la justice*, nous fait savoir que la *loi Chevandier*, promulguée le 1er décembre 1892, n'étant pas applicable à l'Algérie (ce que nous savions bien), le décret du 21 novembre 1893, qui contient la si modeste augmentation du tarif des honoraires médico légaux, que nous avons publié, ne peut avoir d'effet, *en l'état actuel des choses*, pour nos confrères d'Algérie. On s'expliquera, difficilement, pourquoi le dit décret n'a pu étendre, aux médecins de l'autre côté de la Méditerranée, le bénéfice d'une réforme depuis si longtemps réclamée.

Il est probable que ce déni de justice est encore une fois dû aux lenteurs des bureaux. Le Conseil de Direction du Concours, va se concerter, avec ses correspondants d'Algérie, pour obtenir une interprétation plus large et, en même temps, le règlement d'Administration publique qui aurait dû, depuis longtemps, faire bénéficier l'Algérie de la loi Chevandier.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la constipation chez les adultes.

M. le Dr *Plicque* a résumé, dans une revue du *Bulletin médical*, les différentes méthodes auxquelles on peut avoir recours en présence des constipations désespérantes, qui mettent si fréquemment le médecin dans l'embarras.

Le traitement de la constipation comprend en première ligne le traitement de la cause, en deuxième ligne les moyens purement hygiéniques : régime, massage, électricité, hydrothérapie. — L'emploi des lavements et des suppositoires, l'emploi des purgatifs surtout ne sera jamais prescrit qu'en dernier lieu et autant que possible d'une façon temporaire.

1° Traitement de la cause. — Il est des cas où l'ablation d'une tumeur rétrécissant ou comprimant le rectum sera le seul traitement de la constipation. La rectotomie linéaire donne parfois des résultats inespérés dans les tumeurs de l'anus inopérables. Dans toutes les constipations accompagnées de lésions anales : hémorrhoïdes, fissure, on ne saurait trop recommander la dilatation contre le spasme du sphincter qui accompagne constamment ces lésions. En dehors de la dilatation complète sous le chloroforme, l'emploi de mèches de volume graduellement croissant, de bougies rectales, donnera souvent une grande amélioration.

Dans d'autres cas on aura à prescrire tout d'abord le port d'une ceinture hypogastrique, d'un pessaire, d'un bandage herniaire approprié.

2° Moyens hygiéniques. — *a) Régime.* — Un certain nombre d'aliments tels que les viandes blanches, les légumes verts cuits et surtout les salades cuites (haricots verts, asperges, épinards, laitue, chicorée, escarolle, romaine), les fruits cuits, le raisin, les dattes, les oranges, le pain de son, le pain bis, le pain d'épices sont utiles contre la constipation. L'oseille, les tomates, utiles contre la constipation, sont parfois contre-indiquées par l'état des reins. Comme boissons, la bière, le cidre, le café avec le marc, le café au lait sont ordinairement favorables. L'exercice, et surtout l'exercice après chaque repas, sera très utile ; souvent tel ou tel aliment exerce une influence individuelle qu'on

peut utiliser. Un verre de lait, un verre d'eau fraîche pris à jeun, une grappe de raisin, un fruit suffit parfois chez certains malades à assurer les garde-robes.

Le tabac, et surtout la pipe fumée à jeun, a chez quelques sujets une influence favorable.

La régularité dans l'heure des garde-robes est le moyen le plus efficace. Le matin est l'heure ordinairement la plus favorable. Le malade doit persister dans ses tentatives pendant une semaine au moins. Il essaiera chaque matin d'aller à la selle, qu'il en éprouve ou non le besoin, et restera quelques minutes sur le vase, mais sans exagérer les efforts d'expulsion. Il est souvent utile que le vase soit à moitié plein d'eau chaude.

b) Massage. — Le massage sera fait matin et soir pendant dix minutes. Il suivra le trajet du gros intestin commençant au niveau du cœcum pour se terminer au niveau de l'S iliaque. Les pressions sur ces deux points seront particulièrement prolongées et profondes. En dehors de ce massage passif on recommandera au malade de contracter énergiquement, et à diverses reprises, les muscles de la paroi pour lutter contre les pressions exercées.

On sait que dans les pratiques de la gymnastique suédoise ces exercices des muscles abdominaux sont souvent employés dans le traitement de la constipation. A défaut des appareils spéciaux, il est facile d'indiquer au malade quelques-uns des mouvements, mouvements de flexion des cuisses dans le décubitus dorsal, mouvements de redressement du tronc dans ce décubitus qui mettent ces muscles en action. Le canotage est un exercice réalisant bien ces divers mouvements.

c) Electricité. — On peut se contenter d'électriser la paroi abdominale au moyen d'un courant induit dont l'un des pôles est appliqué vers le cœcum, l'autre promené sur tout le trajet du gros intestin. Le courant sera assez fort pour faire contracter les muscles abdominaux. Le courant continu peut être aussi employé de cette façon. Une plaque positive est appliquée sur le cœcum, un tampon, ou mieux, un rouleau, relié au pôle négatif, est promené sur le trajet du côlon et de l'S iliaque.

Dans les formes rebelles un des pôles sera placé sur la paroi abdominale au niveau du cœcum. L'autre pôle sera formé d'un électrode olivaire introduit dans le rectum. Avec le courant d'induction l'intensité sera telle qu'elle provoque des contractions de la paroi. Avec le courant continu l'électrode rectale sera négative. L'olive métallique sera entourée d'une épaisse peau de chamois. On variera de temps à autre sa position pour éviter les eschares. L'intensité du courant sera de cinq à six milliampères. Trois à quatre fois par minute, on fera des renversements du courant. L'intensité serait diminuée si la sensation produite par ces renversements devenait pénible (sujets nerveux). Erb recommande d'employer d'abord le courant continu, puis plus tard le courant faradique.

d) Hydrothérapie. — Les bains de son, les bains alcalins, les bains de siège tièdes ont quelque utilité. Les douches générales et surtout les douches périnéales et ascendantes constituent un très bon moyen.

e) Lavements. — Curage du rectum. — Suppositoires. — Les lavements peuvent être employés soit comme moyen accidentel pour combattre une constipation opiniâtre datant de plusieurs jours, soit comme moyen habituel de traitement de la constipation.

Dans toute constipation opiniâtre il est indispensable de vider tout d'abord le rectum avant d'employer les autres moyens : purgatifs, électricité. L'évacuation des matières dures contenues dans le rectum, qui s'obtient très facilement par un lavement, ne s'obtiendrait par les moyens agissant sur la partie supérieure de l'intestin qu'au prix de coliques très violentes. Pour cette évacuation un grand lavement d'un litre d'eau tiède suffit en général. On peut aussi employer la décoction de guimauve, de son, de graine de lin, l'eau tiède additionnée de miel, d'huile d'olive (40 à 400 gr. émulsionnée ou non avec un jaune d'œuf), de glycérine neutre (trois à quatre cuillerées par litre). Plus rarement on conseillera les lavements dits purgatifs comme :

1° Sulfate de soude........	50 gr.
Décoction de guimauve...	250 —
2° Miel de mercuriale. 30 à	60 gr.
Eau.....................	400 —

Ordinairement, d'ailleurs, les insuccès tiennent moins à la composition même du lavement qu'au mode défectueux d'administration. Assez souvent le rectum est entièrement bouché et le liquide ne pénétrera que si on introduit, entre la paroi rectale et les matières, une longue canule en gomme remontant au-dessus du bouchon fécal. Parfois même il sera indispensable de procéder tout d'abord à un véritable curage du rectum. Tant qu'on n'a pas évacué au moyen d'une curette ou même d'une simple cuiller, les matières durcies, les lavements ne pénètrent pas et les purgatifs les plus énergiques ne servent qu'à déterminer des coliques atroces et des vomissements. C'est surtout dans les constipations opiniâtres des paralytiques qu'on sera forcé d'avoir recours à ce moyen.

Quand les lavements sont, au contraire, employés dans le traitement de la constipation habituelle, on doit, pour qu'ils ne soient pas plus nuisibles qu'utiles, observer les règles suivantes. L'emploi des lavements sera toujours combiné avec les tentatives pour aller à une heure régulière à la garde-robe. Le lavement ne sera donné qu'en cas d'insuccès de ces tentatives. On évitera les lavements tièdes et emploiera toujours l'eau froide ou très chaude pour réveiller la tonicité de l'intestin. La quantité d'eau injectée ne dépassera pas un litre. On évitera les lavements purgatifs. Les lavements émollients, huileux, glycérinés, peuvent être employés à la condition d'être froids ou chauds, mais non tièdes.

Au lieu de lavements on a proposé d'injecter dans le rectum une très petite quantité, trois à quatre grammes, de glycérine neutre. On a également réussi en insufflant, à l'entrée de l'anus, une pincée d'acide borique en poudre. Ces moyens sont bons, bien qu'à la longue, le dernier surtout, un peu irritants.

L'emploi des suppositoires à la glycérine est, lui aussi, un moyen irritant à la longue, mais commode de temps à autre en raison de sa simplicité et de sa rapidité d'action.

3° Purgatifs. — Leur emploi doit être surtout réservé pour le traitement accidentel d'une constipation opiniâtre. On les emploiera le moins possible en tant que laxatifs habituels.

a) Dans une constipation opiniâtre, remontant à plusieurs jours, l'huile de ricin est le meilleur moyen d'assurer l'évacuation sans trop de coliques. Trente à quarante-cinq grammes d'huile de ricin seront pris dans du bouillon, du café noir, du jus d'oranges.

La limonade purgative, à trente ou quarante grammes de citrate de magnésie par demi-bouteille, pourra être donnée aux malades délicats ne supportant pas l'huile de ricin. Dans les cas assez fréquents où l'on craint d'obtenir un effet purgatif trop violent (constipation des opérés, des débilités), un verre à Bordeaux de cette limonade sera donné d'heure en heure et on suspendra sitôt l'effet produit. Parfois même la limonade sera donnée par cuillerées à bouche toutes les demi-heures, comme une potion.

Dans les constipations très opiniâtres et chez les sujets robustes, l'eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée) sera prescrite à la dose de 5 à 20 grammes.

Les purgatifs salins, sulfate de magnésie, sel de Seignette, les eaux minérales purgatives seront évitées. Leur emploi laisse, en effet, à sa suite, une constipation plus opiniâtre.

b) Le nombre des médicaments proposés comme laxatifs d'emploi ordinaire et presque journalier est en quelque sorte infini. Voici les principaux.

Podophyllin. — La résine de podophyllin est un des laxatifs dont l'emploi prolongé offre le moins d'inconvénients. Une des meilleures formules est la suivante :

Podophyllin	0 gr. 01 à 0 gr. 05
Poudre de gingembre	0 gr. 01 à 0 gr. 03
Excipient	q. s.

Pour une pilule.

On peut aussi simplement prescrire les pilules de podophyllin à un, deux, trois, quatre, cinq centigrammes.

Huile de ricin. — *Huile d'olive.* — Deux à quatre capsules d'huile de ricin, une cuillerée à café d'huile en nature constituent un bon moyen laxatif. L'huile d'olive, prise par verre à Bordeaux, le soir, est excellente chez les constipés avec lithiase biliaire ou congestion du foie.

Evonymine. — Indiquée particulièrement dans les constipations avec lésions hépatiques, l'évonymine doit être ainsi formulée :

Evonymine brune	0 gr. 05
Extrait de jusquiame	0 gr. 01

Pour une pilule. Une pilule chaque soir ou une pilule matin et soir.

Graines laxatives. — Leur action paraît surtout mécanique. Beaucoup de malades se trouvent bien de prendre, après chaque repas, une cuillerée à café de graine de moutarde blanche, de graine de lin, de graine de psyllium, de graine de millet.

Poudres laxatives. — Le nombre des formules est infini. La magnésie, la rhubarbe, la crème de tartre, la poudre de séné, le soufre, le charbon peuvent être associés de façons diverses. La poudre de réglisse constitue l'édulcorant ordinaire.

Voici quelques formules :

1° Magnésie / Soufre sublimé — ââ 2 gr.

Pour un paquet.

2° Poudre de rhubarbe	0 gr. 30 à 0 gr. 60
Magnésie	1 gr.
Poudre de réglisse	2 gr.

Pour un paquet.

3° Crème de tartre / Soufre sublimé lavé / Sucre pulvérisé — ââ 20 gr.

Une cuillerée à café deux à trois fois par jour (Bouchardat).

4° Poudre réglisse	ââ 2 gr.
Poudre feuilles de séné	
Semences de fenouil pulvérisées	ââ 1 gr.
Soufre sublimé et lavé	
Sucre pulvérisé	6 gr.

Pour un paquet.

Belladone et jusquiame. — La belladone et la jusquiame réussissent très bien dans la constipation des sujets nerveux. On peut prescrire les pilules suivantes :

1° Extrait belladone / Extrait jusquiame — ââ 1 centigr.

Pour une pilule.

2° Extrait belladone / Poudre feuilles belladone — ââ 1 centigr.

Pour une pilule.
Une pilule le soir en se couchant.

Noix vomique. — La noix vomique sera particulièrement indiquée dans la constipation avec météorisme, avec anorexie, soit sous forme de teinture de Baumé (cinq à six gouttes avant le repas), soit sous la forme suivante :

Poudre de noix vomique	1 à 2 centigr.
Charbon pulvérisé	q. s.

Pour un cachet.

Il est d'autres purgatifs que l'on ne saurait conseiller. L'aloès et toutes les préparations à base d'aloès, pilules ante cibium, pilules écossaises, pilules de Bontius, irritent vivement le rectum et amènent souvent des hémorrhoïdes. Le calomel et ses préparations provoquent vite la salivation. La gomme-gutte, la scammonée, le jalap, l'eau-de-vie allemande (teinture de jalap composée), ont des effets irréguliers et trop violents pour l'usage habituel.

L'emploi des laxatifs devra être toujours très intermittent. On ne prendra jamais la même préparation deux fois de suite pour éviter l'accoutumance. Les laxatifs seront en général pris le soir pour faciliter l'habitude de la selle du matin. Mais on ne saurait trop répéter au malade que les laxatifs et les purgatifs ne doivent être qu'une ressource temporaire et qu'employés constamment ils sont moins un moyen de guérir qu'un moyen de prolonger indéfiniment la constipation.

Les revaccinations chez les enfants.

La question des revaccinations chez les enfants vient de faire le sujet d'une étude de M. le Dr *Raymond*, dans le *Progrès médical*. L'âge de la revaccination n'est pas encore bien fixé, car tandis que certains parlent d'une immunité persistant 11, 12 ans et plus, Trousseau conseillait de revacciner tous les cinq ans : la majorité s'est ralliée à une durée de dix ans. C'est cette opinion qui a prévalu et aujourd'hui lorsqu'on parle de revaccination dans les collèges on n'a guère en vue que les enfants âgés d'au moins dix ans. Depuis 1890, la Ville de Paris fait procéder chaque année à une revaccination *facultative* des enfants qui fréquentent ses écoles et ce ne sont, d'après les règlements, que les enfants âgés de plus de dix ans qui y sont soumis. Or, M. Raymond croit que si, chez un adulte, par exemple, l'immunité conférée par la vaccine peut durer dix ans, il n'en est pas de même chez l'enfant : à son avis, la limite de dix ans doit être abaissée et c'est faire courir les plus grands risques à un enfant que d'attendre pour le revacciner qu'il ait atteint sa dixième année.

« En 1892, procédant à la revaccination d'enfants qui fréquentaient les écoles de la Ville dont l'inspection médicale m'est confiée, j'avais eu à revacciner 11 enfants âgés de huit à neuf ans : ces enfants, que les règlements scolaires n'obligeaient pas, je viens de le dire, à se faire revacciner, s'étaient présentés spontanément. Je ne fus pas peu surpris de constater chez eux une vaccine légitime et quatre vaccines modifiées (fausses vaccines), soit cinq succès. Quelques mois après, un cas de varioloïde se déclarait dans une de nos écoles et il s'agissait précisément d'un enfant de huit ans. Ces faits, joints à l'épidémie variolique que nous venons de traverser, me décidèrent à faire un peu de propagande en faveur de la revaccination chez des enfants âgés de moins de dix ans, et lorsqu'au mois de novembre dernier nous revaccinâmes les enfants des écoles communales *âgés de plus de dix ans*, j'eus à revacciner 50 enfants qui n'avaient pas cet âge : ils avaient de huit à neuf ans et demi. Or, voici les résultats que j'obtins :

	Vaccinés.	Vaccine vraie.	Vac. mod.	Insuccès.
Garçons..	31	1	5	25
Filles....	19	1	2	16

« Soit 9 succès ou 18 %. Cette proportion atteindrait même 23 %, si nous faisions entrer en ligne de compte les 11 enfants revaccinés en 1892 ; mais bornons-nous à cette année et retenons ces 18 % de succès. Je devais les comparer aux résultats fournis par les enfants âgés de plus de dix ans (exactement de dix à treize ans) revaccinés pour la première fois. Ces résultats, les voici :

« Enfants revaccinés, 196. Vaccine vraie, 10. Vaccine modifiée, 32. Insuccès, 154. Soit 42 succès ou une proportion un peu moindre de 21 %.

« Ainsi donc, sur 100 enfants revaccinés de dix à treize ans, il y en aura 21. Ce sont les mêmes chiffres.

« La seule différence est que chez les enfants de moins de dix ans, les vaccines vraies sont peut-être un peu moins nombreuses (4 %) que chez les enfants âgés de plus de dix ans (un peu plus de 5 %). Ce fait, d'ailleurs, ne saurait être que très logique, puisque, moins les enfants sont âgés, plus ils sont couverts par l'immunité vaccinale antérieure et plus ils ont de chances, par conséquent, de ne présenter qu'une vaccine modifiée au lieu d'une pustule vaccinale franche. Voici, pour le démontrer, la répartition des résultats observés :

« 9 enfants âgés de huit à neuf ans : 2 vaccines modifiées et 7 insuccès.

« 9 enfants âgés de neuf ans : 1 vaccine modifiée et 8 insuccès.

« 32 enfants âgés de neuf ans et neuf et demi : 2 vaccines vraies ; 4 vaccines modifiées et 26 insuccès.

« On voit donc se dérouler toutes les phases, depuis le moment où la revaccination échoue, l'enfant étant couvert par l'immunité vaccinale, jusqu'aux succès complets et nombreux, en passant d'abord par les vaccines modifiées, puis par les vaccines vraies de plus en plus nombreuses.

« Certes, chez la plupart de ces enfants, l'immunité de leur première vaccination persiste, puisque ces revaccinations nouvelles ne nous donnent guère plus de 21 à 25 % de succès, chiffres bien inférieurs aux 30, aux 40 % et davantage que l'on obtient chez des individus qui ne se font revacciner pour la première fois que dans l'adolescence ou à l'âge adulte ; mais enfin la proportion des enfants qui ne sont plus couverts par l'immunité vaccinale n'en est pas moins considérable et il est à remarquer que cette proportion est sensiblement la même chez les enfants de huit et dix ans et chez ceux de dix et douze ans. Que se passe-t-il avant huit ans? Je l'ignore, n'ayant pas eu l'occasion de revacciner dans nos écoles des enfants n'ayant pas atteint cet âge et je ne puis plus parler de statistique : mais nous savons tous qu'une revaccination peut être suivie de succès bien avant qu'un enfant ait atteint huit ans. J'ai vu récemment chez une fillette de sept ans et trois mois des pustules de vaccine modifiée être le résultat d'une revaccination.

« Il reste donc acquis que les règlements sont insuffisants ; ils ne tiennent pas compte des différences individuelles. Il est bien certain que, plus un sujet sera avancé en âge, plus on aura de chances de le revacciner avec succès ; mais il ne s'ensuit pas que chez des sujets moins âgés on n'obtiendra pas un certain nombre de ces succès.

« On ne doit donc pas établir de divisions trop absolues et il n'est pas conforme à la réalité des faits de dire, que dans une agglomération d'enfants, on ne revaccinera que ceux qui ont au moins dix ans. Au-dessous de cet âge on obtiendra des succès, moins nombreux, cela est possible, cela est même probable ; mais leur nombre sera certainement plus important qu'on ne le pense. En l'espèce, voilà 9 enfants sur 50 qui n'étaient plus couverts par l'immunité vaccinale : puisque, pour obéir aux règlements, ils n'auraient été revaccinés qu'à dix ans révolus, soit dans un an et même dix-huit mois, ces enfants se trouvaient pendant ce laps de temps menacés de variole et pourtant, d'après les idées régnantes, on était bien tranquille sur leur sort.

« Voilà pour ce qui les concerne ; mais ce n'est pas tout. Ils sont très nombreux dans nos

écoles communales les enfants âgés de moins de dix ans ; que l'un de ces 9 pour 50 prenne la variole, ne pourra-t-il pas être la cause d'une épidémie dont les victimes seront précisément ces 9 enfants sur 50 dont les règlements n'ont pas prévu la revaccination, parce qu'ils n'avaient pas encore dix ans ? Il y a là une lacune qui peut conduire aux plus graves conséquences, et lorsque je songe aux nombreux enfants qui dans nos seules écoles se trouvent dans ces conditions, que l'on croit à tort couverts par leur première vaccination et qui n'en sont pourtant pas moins sous le coup de la variole, je n'hésite pas à dénoncer le danger et à demander la revision des règlements. Ce que je demande, en résumé, c'est que l'on revaccine non seulement les enfants de dix ans, mais ceux de neuf et aussi ceux de huit. Avant cet âge, je n'ai pas d'expérience ; mais il serait facile de savoir quelle est la conduite à suivre. Aussi bien, pour moi, cela n'a-t-il aucune importance et je vais bien plus loin. J'estime que la revaccination doit être obligatoire pour tout enfant entrant à l'école et cela quel que soit son âge.

« Je suppose donc la limite d'âge pour les vaccinations abaissée et un enfant revacciné à huit ans. Ou bien on obtiendra un succès, et, en ce cas, cet enfant ne sera revacciné qu'après une période d'immunité qui reste à étudier (car il est fort possible qu'une telle période soit variable suivant les différentes phases de la vie, étant, j'en suis convaincu, plus courte dans la première enfance), ou bien on n'aura eu qu'un insuccès et, dans ce cas, l'enfant sera revacciné chaque année. Certes je vois bien que chez certains sujets l'immunité conférée par une première vaccination est définitive : je puis même dire que dans nos écoles nous revaccinons chaque année les enfants qui, l'année ou les années précédentes, ont été revaccinés sans succès, et j'en suis encore à observer chez eux un succès après ces multiples revaccinations : mais ce fait ne doit pas être généralisé, nous le savons tous. Je pourrais citer à l'appui le fait de cette fillette dont je parlais plus haut, qui, revaccinée sans succès par moi-même, au mois de juillet, le fut trois mois après, à sa pension, avec succès par vaccine modifiée. Comme un enfant qui n'est pas en état de réceptivité pour la vaccine à huit ans peut fort bien le devenir à neuf ans, il y aura lieu de procéder chaque année à des revaccinations sur ces enfants.

« J'ai fait sur ce sujet des revaccinations pratiquées avant la terminaison de la période décennale, quelques recherches bibliographiques : elles sont venues appuyer les résultats que j'avais obtenus et corroborer les idées que je viens d'émettre. Je me suis limité à quelques documents, mais, pour peu nombreux qu'ils soient, ils me paraissent suffisants. 1° Statistique du Dr Lalagade : 217 vaccinations de 5 à 10 ans ; 42 succès, soit 19 %. Statistique du Dr Bergerat, basée seulement sur 5 cas : 2 succès. Statistique du Dr Jules Besnier comprenant, il est vrai, des enfants ayant dépassé 10 ans, puisqu'elle porte sur les collégiens de 7 à 14 ans : 225 vaccinations, 53 succès, soit 24 %, pour ne compter que les succès par vaccine franche.

« Je ne puis donc que conclure : 1° Un enfant doit être revacciné bien avant d'avoir atteint l'âge de dix ans. 2° Tout enfant entrant à l'école doit être revacciné, quel que soit son âge. 3° Les revaccinations à l'école doivent être annuelles et tous les enfants doivent y être soumis. »

CLINIQUE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le professeur FOURNIER

De l'orchite blennorrhagique.

De deux cliniques que M. le professeur Fournier vient de consacrer à l'étude de l'orchite blennorrhagique, nous reproduisons les considérations suivantes, relatives au diagnostic, au pronostic, et au traitement de cette affection :

Le *diagnostic* de l'orchite blennorrhagique, de la « chaude-pisse tombée dans les bourses », est le plus souvent évident : c'est le malade qui le fait. Au cours de la blennorrhagie, survient de la douleur dans un côté des bourses, qui augmente de volume : douleur et gonflement progressent avec rapidité. En palpant cette tumeur du scrotum, vous reconnaissez qu'on peut lui distinguer deux segments : l'un, antéro-inférieur, rénitent, tendu, mais sans dureté, un peu fluctuant : c'est l'épanchement vaginal voilant le testicule, qui, lui, a conservé son volume normal ; l'autre, postéro-supérieur, formé d'une tumeur allongée, pouvant avoir 6, 7, 8 centimètres de long sur 2 centimètres de longueur en moyenne, tumeur très dure, extrêmement douloureuse, coiffant le testicule à la façon d'un cimier de casque : c'est l'épididyme allongé et tuméfié. Cet ensemble de constatations est caractéristique de l'épididymite blennorrhagique.

Je tiens cependant à vous signaler deux causes d'erreur possibles.

En premier lieu : l'orchite ourlienne sur un malade ayant la chaude-pisse. Le diagnostic peut se fonder sur l'existence des oreillons ; mais vous savez que parfois l'orchite ourlienne se produit sans oreillons. C'est donc l'examen de la tumeur qui surtout vous conduira au diagnostic. Dans l'orchite ourlienne, le testicule est gros, dur, tendu, douloureux à la pression, et l'épididyme est sain. Dans la blennorrhagie, au contraire, c'est l'épididyme qui est allongé, tuméfié, excessivement douloureux.

Seconde cause d'erreur, et c'est ici le point vraiment délicat : le sarcocèle tuberculeux aigu, la tuberculisation galopante du testicule qu'a décrite M. Duplay, débute par des phénomènes aigus qui rappellent complètement l'épididymite blennorhagique.

Voici, en effet, comment se produit cette tuberculisation aiguë du testicule ; rapidement surviennent de la douleur et du gonflement d'une bourse avec vaginalite légère et rougeur du scrotum ; à la palpation vous trouvez l'épididyme très volumineux, dur, très douloureux, et coiffant le testicule en cimier de casque. Vous êtes donc en face du même tableau que dans l'épididymite blennorrhagique. Et, nouveau piège : il peut exister dans l'urèthre un écoulement séro-purulent, cette blennorrhée tuberculeuse qui prélude parfois à la tuberculisation des organes génitaux. Vous voyez, dès lors, combien l'erreur de diagnostic est facile à commettre.

Peut-être pourriez-vous l'éviter, en vous fon-

dant sur la constitution du malade, scrofuleux ou tuberculeux avéré, et sur la nature et les caractères de l'écoulement uréthral, s'il existe : écoulement plutôt catarrhal, survenu spontanément, ne contenant pas de gonocoques. La palpation attentive du cordon peut vous montrer le canal déférent moniliforme, et le toucher rectal vous révélera des bosselures douloureuses de la prostate ou des vésicules séminales. Enfin, l'autre testicule peut être pris, et présenter dans son épididyme des masses tuberculeuses.

Mais si vous n'avez aucun de ces signes pour aider votre diagnostic, l'erreur est inévitable, et, comme le disent Monod et Terrillon, vous n'avez qu'un moyen d'être éclairé sur ce point : c'est l'expectation. Si vous avez à faire à une épididymite tuberculeuse aiguë, les phénomènes ne feront que s'accroître : bientôt un point de l'épididyme deviendra plus saillant, mou, fluctuant ; c'est un petit abcès qui se développe, un foyer caséeux qui se ramollit et va s'ouvrir à l'extérieur. L'épididymite blennorrhagique, au contraire, se résoudra peu à peu, pour se terminer par une simple induration à la queue de l'épididyme.

Le *pronostic* de l'orchite blennorrhagique est bénin. En dehors de toute complication, l'affection guérit en 15 jours, trois semaines au plus, par le séjour au lit. Mais il est existe un point noir : ce sont les conséquences possibles de l'épididymite double sur la fonction spermatique, l'azoospermie et l'infécondité qui en résultent parfois. Gosselin a, le premier, publié des observations où le sperme ne contenait plus de spermatozoïdes, à la suite d'une épididymite blennorrhagique double ; Monod et Terrillon ont fait à ce sujet de nouvelles recherches. Cette azoospermie peut n'être que provisoire : les spermatozoïdes reparaissant après 6 mois, 10 mois, un an ; mais on l'a vue se prolonger plus longtemps, deux, trois, sept ans. Quelquefois elle est définitive. D'après Monod et Terrillon, l'azoospermie définitive après l'épididymite double serait peut-être plus fréquente qu'on ne le croit généralement : pour eux, la résolution de la masse fibreuse de la queue de l'épididyme n'assure pas le retour des spermatozoïdes : dans quelques cas où ce noyau caudal avait complètement disparu, ils ont vu persister l'absence de spermatozoïdes. La stérilité après orchite blennorrhagique double peut donc être longue, parfois même définitive : la question est encore « sub judice ». J'arrive maintenant au point important : le *traitement.*

On formerait une longue plaquette rien qu'avec l'énumération des médicaments et des modes de traitement qui ont été successivement préconisés contre l'orchite blennorrhagique : médications internes, telles que le calomel, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, la teinture d'anémone pulsatile, l'émétique autrefois considéré comme capable de juguler, pour ainsi dire, l'épididymite blennorrhagique — pommades de toutes sortes, notamment pommades mercurielles et iodurées — topiques de tout ordre : alun, extrait de saturne, sulfate de fer — cataplasmes, emplâtres de diachylum, de ciguë, de Vigo — révulsifs : teinture d'iode, vésicatoire, chloroforme, coton iodé — caustiques cutanés : nitrate d'argent, acide phénique, et l'on est allé jusqu'à se servir de l'acide nitrique ! — pulvérisations phéniquées pendant vingt minutes — glace, stypage au chlorure de méthyle — compression par le collodion, la dextrine, l'ouate, le caoutchouc — électricité sous forme de courants continus — mouchetures sur le scrotum, etc., etc., et j'en oublie beaucoup.

Au dire de leurs inventeurs, tous ces moyens ont donné, bien entendu, de merveilleux résultats : en sorte que nous n'aurions que l'embarras du choix. Et, reconnaissons-le, tous ceux qui ont préconisé ces remèdes ont dit parfois la vérité : avec n'importe lequel de ces moyens on a guéri l'orchite blennorrhagique, ou plutôt on l'a laissée guérir : car la difficulté, en cette matière, serait de l'empêcher de guérir.

L'épididymite guérit naturellement par l'expectation, le repos, et une hygiène convenable. A l'hôpital du Midi, Puech traitait ses malades par le lit et l'emmaillotement ouaté, et ils guérissaient parfaitement.

Le traitement le plus simple, et le meilleur, consistera donc en ceci :

1° Repos au lit. Voilà ce qui est indispensable; voilà, de tous les moyens, celui qui agit le mieux, celui qui soulage le plus.

2° Immobilisation de l'organe malade : soit par une serviette passée sous les bourses qu'elle relève, et nouée derrière les reins ; soit par une planchette de bois ou de carton entourée d'ouate, échancrée en son milieu qui supporte les bourses, et appuyée sur les cuisses par ses extrémités.

3° Application de cataplasmes émollients : tel. de préférence au vieux cataplasme de farine de graine de lin, un cataplasme de fécule, arrosé au besoin avec du laudamun.

4° Bains généraux. Vous les répéterez tous les jours pendant les trois ou quatre premiers jours, et ensuite tous les deux jours.

Vous ajouterez à cela des boissons émollientes ; quelques laxatifs légers, parce que le lit constipe toujours un peu ; un régime doux, surtout pendant les premiers jours, alors qu'existe un peu de fièvre. Et ce sera tout.

Ne laissez lever le malade qu'après la chute complète des phénomènes inflammatoires et de la douleur. Alors vous l'autoriserez à remplacer le lit par la chaise-longue. Peu à peu il commencera à marcher, très peu d'abord, et progressivement il reprendra ses occupations ordinaires ; mais qu'il ait bien soin de porter un suspensoire ouaté, soutenant efficacement ses bourses. Il gardera ce suspensoire jusqu'à ce qu'ait disparu cette petite induration de la queue de l'épididyme, ce noyau caudal que laisse après elle l'épididymite blennorrhagique.

Quelques symptômes, par leur exagération, peuvent cependant donner lieu à des indications spéciales.

Telle l'intensité exagérée des phénomènes inflammatoires : contre elle, deux moyens. Vous pouvez pratiquer une émission sanguine locale en appliquant 10 à 15 sangsues dans l'aine, sur le trajet du cordon. Gardez-vous bien de les appliquer sur le scrotum : nous en verrons tout à l'heure la raison. Pour être efficace, cette émission sanguine doit être assez abondante. Cinq à six sangsues ne suffisent absolument pas : appliquez-en dix, quinze, vingt. En second lieu, vous pouvez recourir aux applications de glace, faites de la façon suivante : on recouvre

les bourses d'une compresse pliée en trois ou en quatre, et par-dessus cette compresse on place une vessie ou un sac en caoutchouc rempli de glace concassée. Ce moyen est excellent pour atténuer la douleur, et chez les sujets anémiques il remplacera les sangsues avec avantage.

D'autres fois, vous aurez à traiter une épididymite blennorrhagique accompagnée de phénomènes douloureux très intenses, alors même que les phénomènes inflammatoires sont peu prononcés. Contre ces orchites névralgiques, vous mettrez en œuvre les deux moyens précédents : sangsues ou applications de glace, auxquels vous ajouterez avec utilité, matin et soir, un lavement avec XX gouttes de laudanum. Dans ces cas on a préconisé encore le salicylate de soude, l'antipyrine, le chloral.

Lorsque cette excessive douleur est due à la distension de la vaginale par une hydrocèle abondante et suraiguë, accompagnant l'épididymite blennorrhagique, n'hésitez pas à faire, aseptiquement, une ponction évacuatrice avec une aiguille fine. Vous pouvez ainsi, par une ponction presque capillaire, et d'ailleurs parfaitement inoffensive, si elle est faite proprement, soulager votre malade en quelques minutes, d'une façon parfois merveilleuse.

Telles sont les quelques indications spéciales que j'avais à vous indiquer. Il me reste à vous dire un mot sur une méthode ancienne, qui a été rajeunie, perfectionnée, et préconisée ces temps derniers : la compression de la bourse malade.

Cette compression a été pratiquée de diverses manières : on l'a faite, par exemple, en entourant les bourses d'une épaisse couche d'ouate recouverte d'un bandage compressif, ou en appliquant sur les bourses des bandelettes de diachylum imbriquées en forme de carapace, et recouvertes aussi d'une couche d'ouate et d'un bandage compressif. Récemment on a proposé un suspensoire perfectionné, de Langlebert et Horand, constitué de la façon suivante : une couche épaisse d'ouate entourant le scrotum ; un morceau de caoutchouc percé d'un trou pour la verge, et recouvrant l'ouate ; enfin un suspensoire en toile que l'on peut resserrer de manière à comprimer exactement l'appareil. Ainsi se trouverait réalisée la compression efficace des bourses, leur immobilisation sûre, en même temps que se produirait, grâce au caoutchouc, une sudation prolongée agissant pour une part dans la résolution des phénomènes inflammatoires et douloureux. Mais le grand avantage de ce suspensoire savant serait de ne pas exiger le repos : grâce à lui, le malade ne serait pas obligé de s'aliter, et il pourrait continuer à vaquer à ses occupations. Nous verrons tout à l'heure dans quels cas cette méthode peut rendre des services.

Cet exposé du traitement de l'orchite serait incomplet, si après vous avoir dit ce qu'il faut faire, je n'ajoutais maintenant : que convient-il de ne pas faire ? Car il s'est introduit dans ce traitement quelques pratiques absolument défectueuses.

Tout d'abord, lorsqu'on applique des sangsues, ne jamais en appliquer sur les bourses. « Cette pratique, très usitée d'ailleurs, est déplorable : elle peut être suivie d'accidents, parfois graves. Souvent il se produit, en pareil cas, une infiltration sanguine du scrotum. Cette infiltration est quelquefois considérable : j'ai vu des malades dont le scrotum avait ainsi atteint, en quelques heures, le volume d'une grosse orange. En outre, les piqûres des sangsues peuvent être, au niveau du scrotum, le point de départ d'érysipèles et de phlegmons. Ces phlegmons sont souvent graves, parfois même mortels, comme chez deux malades dont Monod et Terrillon ont rapporté l'observation dans leur livre sur les maladies du testicule.

En second lieu, ne pas faire de frictions sur les bourses avec de l'onguent mercuriel, ou de l'onguent napolitain belladoné. Ces frictions sont d'abord inutiles : on les a dites résolutives, mais le fait est des plus contestables. De plus, elles sont dangereuses. Sans doute en raison de sa richesse en vaisseaux lymphatiques, la peau du scrotum est, de toutes les régions du corps, celle qui absorbe le mieux le mercure. Quelquefois une seule friction mercurielle sur les bourses, faite pour détruire des pediculi, suffit à déterminer de la stomatite : les exemples en sont fréquents à notre consultation de l'hôpital. On a même observé, dans des cas semblables, des phénomènes graves d'hydrargyrisme : Spillmann a rapporté l'observation d'un malade chez qui une seule friction mercurielle sur les bourses a déterminé une hydrargyrie maligne, qui a mis la vie en danger et n'a guéri qu'au bout de trois semaines.

Quand on emploie la glace, il faut avoir soin de ne jamais l'appliquer à même sur le scrotum. Outre que ce serait douloureux, on s'exposerait ainsi à produire du sphacèle.

Et surtout, jamais d'applications irritantes, jamais de cautérisations sur les bourses. Quel avantage en résulte-t-il pour le traitement de l'orchite ? Absolument aucun. Et ces applications laissent après elles des plaies souvent étendues, rouges, enflammées, très douloureuses et longues à guérir : les malheureux malades souffrent, dès lors, infiniment plus du remède que de la maladie. Ces moyens, ineptes en principe, funestes dans leurs résultats, sont condamnables au premier chef.

Mais voici terminée l'orchite blennorrhagique : il ne reste plus dans les bourses que ce noyau caudal, cette induration de la queue de l'épididyme, si lente à disparaître. Cette induration ennuie les malades qui parfois viennent vous consulter à ce propos, principalement au moment d'un mariage. Que faire ? Ici encore on a prescrit bien des choses : iodure de potassium, emplâtre de Vigo, de ciguë, de savon, pommades dites fondantes, sans doute parce qu'elles fondent au contact de la peau. Tous ces remèdes n'ont aucune action, et je préfère de beaucoup la pratique suivante : dans les premiers temps de cette période chronique, persister dans l'application de cataplasmes de fécule froids pendant la nuit, le port d'un suspensoire ouaté pendant le jour, l'usage longtemps continué des bains. On peut même, finalement, conseiller une saison dans des stations thermales sulfureuses, chlorurées sodiques.

Et maintenant, un mot en arrière, en face de toutes ces méthodes qui toutes prétendent guérir, chacune mieux que les autres. L'expérience a établi deux points, bien acquis.

Le premier, c'est que de tous les agents préconisés contre cette affection, il en est un qui vaut tous les autres réunis : c'est le repos au lit. Mettez votre malade au lit : maintenez-le au lit tout le temps que dureront les phénomènes inflammatoires et douloureux.

Second point : certaines médications auxiliaires sont utiles lorsqu'elles sont indiquées par des faits particuliers : tel, nous l'avons vu, contre l'acuité des phénomènes inflammatoires ou de la douleur, l'emploi des sangsues ou de la glace. Mais ces moyens ne sont jamais qu'auxiliaires : à eux seuls ils ne donnent rien : vous n'en retirerez bénéfice qu'en leur associant le repos au lit. En un mot, ils remplissent un utile office quand ils ont leurs indications, mais ils ne sauraient suffire, et le véritable remède, c'est le repos, c'est le lit. Cela est tellement vrai que toutes les indications complexes, successivement préconisées, ont donné les mêmes succès, lorsqu'elles comprenaient le lit dans leurs moyens : elles ont toutes permis de faire disparaître les phénomènes inflammatoires et douloureux en une huitaine de jours, dans les cas moyens : au bout de douze à quinze jours, le malade est sur pied, capable de reprendre ses occupations habituelles, lorsqu'elles ne sont pas trop fatigantes.

Ceci prouve donc amplement que le vrai remède, celui qui fait tout, c'est le lit : les autres moyens ne sont qu'auxiliaires.

Une seule médication déroge à cette règle : celle qui, par l'immobilisation et la compression méthodique des bourses au moyen du suspensoire savant dont je vous parlais tout à l'heure, prétend supprimer le séjour au lit, et permettre au malade de guérir tout en continuant de vaquer à ses occupations. Réalise-t-elle cette promesse? Oui, dans certains cas, il n'est pas douteux qu'elle n'ait eu à son actif quelques succès avérés ; mais elle est loin de réussir toujours. D'abord, chez quelques malades, la compression des bourses est insupportable ; même lorsque cette compression est tolérée, elle soulage beaucoup moins efficacement que le séjour au lit. Ensuite on a accusé cette méthode de donner lieu à des recrudescences, à des récidives, et de laisser, après guérison de l'épididymite, des indurations particulièrement volumineuses et persistantes. En sorte qu'elle est loin de valoir le traitement par le repos au lit.

Est-ce à dire que jamais elle ne rencontrera ses indications dans la pratique ? Certainement non. Dans certains cas d'épididymite légère, indolente, subaiguë, elle pourra suffire. Mais son emploi relèvera surtout de considérations extra-médicales auxquelles nous serons parfois obligés d'obéir. Un malade, par exemple, a un intérêt majeur à ne pas s'aliter : soit qu'il veuille cacher à son entourage, à ses parents, à sa femme, sa maladie spéciale, soit que l'interruption de ses occupations le menace de perdre sa place, ou lui fasse un tort considérable. Dans ces cas spéciaux, pour ces motifs, consentez à vous départir, ou plutôt à essayer de vous départir de votre ligne de conduite habituelle. Essayez de l'immobilisation avec compression du testicule par le suspensoire perfectionné, quitte à faire bientôt reprendre le lit si cette méthode ne réussit pas.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins experts devant les tribunaux et leurs honoraires.

Nous avons publié, en temps opportun, le projet de décret élaboré par le Conseil d'Etat en exécution de l'article 14 de la loi Chevandier. Ce projet a été approuvé et promulgué le 23 novembre 1893 ; c'est donc lui qui régit désormais la matière, et il convient de l'analyser dans ses détails.

Du recrutement des médecins experts, nous n'avons que peu de chose à dire : des vœux avaient été émis par diverses associations médicales, le décret n'en tient pas compte. — C'est affaire à la Justice de s'entourer des garanties qui lui semblent nécessaires, et si elle se déclare satisfaite des dispositions nouvelles, nous n'avons pas de raison pour nous montrer plus difficiles.

Ce qui nous importe, c'est d'être le moins souvent possible appelés par la Justice qui, en dépit de tous les tarifs, nous dérangera toujours beaucoup pour ne nous rémunérer que fort peu : or le décret prévoit la nomination de *médecins experts* qui seront les auxiliaires habituels de l'Instruction et nous avons dès maintenant la certitude de n'être requis qu'exceptionnellement.

C'est là un premier résultat acquis. Nous devons ajouter immédiatement que tout médecin, dès qu'il est régulièrement commis, est assimilé complètement aux experts habituels.

Du *salaire des experts*, pour employer le langage juridique, nous dirons tout d'abord que l'absurde distinction établie sur la population des villes disparaît complètement : à l'égalité de la peine correspond l'égalité du salaire. Et ce salaire est relevé d'une façon assez sensible.

Autrefois la simple visite était payée 3 francs, l'opération quelconque 5 fr., le rapport ne donnait droit à aucune rémunération.

Avec les nouveaux tarifs, les honoraires sont divisés en trois catégories :

1° *Visite avec premier pansement.* Dans cette catégorie rentrent les levées de corps, les examens d'état physique ou d'état mental simple, les examens de violateurs, etc...

Ces opérations sont payées 8 fr. et il est alloué, de plus, 5 fr. au minimum pour le rapport écrit. C'est donc, ainsi que le fait remarquer M. le Dr Lacassagne, 13 fr. qui seront réclamés au lieu de 3 fr.

2° *Opérations autres que l'autopsie* (l'emploi d'instruments spéciaux, spéculum, microscope, ophtalmoscope, les examens difficiles rentrent dans cette catégorie). Elles donnent droit à une rémunération de 10 fr., outre le rapport toujours coté 5 fr.

3° *Les autopsies*. Suivant que le sujet est adulte ou nouveau-né, suivant que l'autopsie est faite avant ou après exhumation, la taxe est différente :

Adultes :	avant inhumation	25 fr.
	après exhumation	35 fr.
Nouveau-nés	avant inhumation	15 fr.
	après exhumation	25 fr.

Le rapport de 5 fr. s'ajoutant toujours à cette rémunération.

Il faut d'ailleurs remarquer, avec le Dr Lacassagne, que le décret dit :

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 francs.

Et que, par conséquent, il peut se présenter telles circonstances, recherches difficiles, expériences, etc..., où le prix de ce rapport comprendra plusieurs vacations de cinq francs.

Le médecin estimera alors, suivant le travail auquel il se sera livré, le nombre des vacations qu'il pourra réclamer, n'oubliant pas d'ailleurs qu'une journée, d'après la loi, ne comporte pas plus de trois vacations et que le juge taxateur aura toujours le droit de réduire une estimation qui lui paraîtrait trop élévée.

Les *fournitures*, drogues, substances, instruments, seront remboursées sur la production justificative de la dépense, c'est-à-dire d'un mémoire dressé en double expédition dont une sur timbre si le total est supérieur à dix francs.

La réforme en ce qui concerne les *transports* est moins satisfaisante : l'ancien tarif allouait 2 fr. 50 par myriamètre parcouru, le nouveau donne 0 fr. 20 par kilomètre si le transport est effectué en chemin de fer et 0 fr. 40 si le transport a lieu autrement.

Il est certain que les frais matériels se trouvent ainsi remboursés, mais, en pareille matière, n'aurait-il pas été convenable de tenir compte au médecin du temps qu'il est obligé de passer dans ces déplacements et du préjudice qu'ils lui causent ?

Les mêmes observations s'appliquent naturellement au prix de 10 fr. donné à la journée du médecin lorsqu'il est retenu par force majeure.

Les revendications formulées par les Syndicats médicaux et associations médicales officiellement consultés n'étaient cependant pas exagérées et on aurait bien pu, ce nous semble, allouer les 0 fr. 50 presque universellement demandés.

Une mesure meilleure est celle qui attribue au médecin, outre les frais de transport, une vacation de 5 fr. à raison de ses dépositions soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Les articles 3 et 4 du décret déterminent les autorités qui ont le droit de requérir le médecin :

Les médecins experts sont requis par les officiers de justice ou de police judiciaire, les autres médecins doivent être commis par ordonnance. Cependant les articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle autorisent les officiers de police judiciaire (commissaire de police, juge de paix, maire) dans les *cas urgents* ou de *flagrant délit* à requérir n'importe quel docteur en médecine pour procéder aux premières constatations.

Inutile de dire que le médecin devra toujours réclamer une réquisition écrite, cette pièce devant être jointe à son mémoire d'honoraires.

Mais qui paiera ces honoraires ? Le décret ne dit rien à ce sujet. Ce sera, comme par le passé, l'administration de l'enregistrement lorsqu'il s'agira de crime ou de délit ; mais s'il n'y a pas eu crime ni délit, qui sera-ci ?

Le Dr Lacassagne répond que les constatations faites pour mort accidentelle, suicide, etc..., seront payées par les municipalités. Mais rien n'est moins certain. Nous sommes sûrs, au contraire, que les municipalités se récuseront toutes les fois que le maire lui-même n'aura pas requis le médecin et que, même dans le cas où celui-ci aura reçu mandat formel du maire, il aura toutes les peines du monde à obtenir quelque chose.

Et puis, il y a toujours le cas où de l'examen de l'expert lui-même découle qu'il n'y a pas eu crime ni délit : tout faisait croire le contraire, mais le médecin conclut à un accident ; la procédure criminelle est abandonnée et les honoraires du médecin ne peuvent être imputés sur les frais de justice criminelle. Qui donc les paiera ?

Le mode de paiement des honoraires suscite une judicieuse observation de M. le Dr Lacassagne ; nous la reproduisons :

Une ordonnance de 1828 indique les différences qui existent en justice entre les frais urgents et les frais non urgents.

On appelle frais urgents « toutes dépenses relatives à des fournitures ou opérations pour lesquelles les parties prenantes ne sont pas *habituellement* employées », et alors ces frais sont payés, d'après l'article 133, « sur simple taxe et mandat du juge, mis au bas des réquisitoires, copies de convocations ou citations, état ou mémoires des parties ».

Cette distinction doit bien être connue des médecins. En effet, s'ils sont experts des tribunaux, ils seront payés sur les frais non urgents et attendront des mois et des mois qu'on veuille bien solder leur note. Ils seront obligés de fournir des mémoires de frais de justice en deux expéditions dont une sur papier timbré. Si, au contraire, ils sont accidentellement appelés comme experts, ils seront payés comme les témoins sur les frais urgents, et le médecin requis devra exiger sur son réquisitoire et au pied de celui-ci un exécutoire ou taxe du juge.

Et maintenant, que faut-il conclure de cette réforme ?

C'est que, comme toutes les autres, elle ne nous donne qu'une demi-satisfaction. Nous savons dès longtemps combien il nous est difficile d'obtenir quelque chose des Pouvoirs Publics. Acceptons donc ce que nous avons fini par arracher et continuons notre campagne pour obtenir le reste.

Ce sera long, mais nous ne devons pas nous décourager.

Les Médecins étrangers en France.

Un décret du 25 juillet 1893 a édicté les prescriptions destinées à assurer l'application de la loi Chevandier en ce qui concerne les médecins étrangers qui postulent le diplôme français qui seul donne désormais le droit d'exercer sur le territoire de la République.

Le Ministre de l'Intérieur vient d'adresser aux Recteurs des facultés une circulaire sur le même sujet. La voici :

Monsieur le Recteur,

J'ai l'honneur de vous adresser un certain nombre d'exemplaires d'un décret en date du 25 juillet dernier, déterminant, en exécution de la loi du 30 novembre 1892, les conditions auxquelles les médecins pourvus d'un diplôme étranger peuvent postuler le grade français de docteur en médecine.

La loi précitée a supprimé la faculté qu'avait le Gouvernement d'autoriser les médecins pourvus d'un diplôme étranger à exercer en France. La règle fixée par elle est que nul ne peut exercer en France s'il ne possède le diplôme français de docteur en médecine. Mais elle a admis que certaines facilités pourraient être accordées, suivant les cas, aux médecins reçus à l'étranger qui postuleront le diplôme français. Le décret du 25 juillet reproduit les dispositions de la loi. Elles sont assez claires pour ne pas exiger de commentaire : il peut être accordé des dispenses partielles ou des dispenses totales d'inscriptions ; il ne peut être accordé que des dispenses partielles d'examens. En aucun cas, la dispense d'examens ne peut porter sur plus de trois épreuves. Les dispenses seront accordées par le ministre, après avis de la faculté de médecine auprès de laquelle le postulant désire subir les examens, et du Comité consultatif de l'enseignement public. En examinant les demandes qui leur seront soumises, les Facultés devront uniquement se préoccuper de la valeur des titres produits, diplômes étrangers et travaux scientifiques. En parlant des « médecins pourvus d'un diplôme étranger », la loi n'a pas distingué entre les médecins de nationalité étrangère et les Français. Il peut se faire que certains de nos nationaux aient été contraints par les circonstances d'étudier et de prendre diplôme à l'étranger Il n'est que juste d'en tenir compte, si plus tard ils se trouvent en situation de rentrer en France. Mais c'est de ceux-là seuls que la loi a eu souci.

Elle n'a pas entendu viser les Français qui, pour échapper aux exigences de la Faculté, iraient subir des examens devant certaines Universités étrangères réputées plus faciles, et se prévaudraient d'un titre obtenu dans ces conditions, pour postuler ensuite plus aisément, avec des dispenses, le diplôme français de docteur en médecine. Lorsqu'elles seront saisies de demandes émanant de Français pourvus d'un diplôme étranger, les Facultés devront donc s'enquérir d'une façon toute particulière de la situation des postulants et me la faire connaître avec précision.

Recevez, Monsieur, etc.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de l'Association des médecins du Rhône.

22 *décembre* 1893.

Présents : MM. Renaut, *Président* : Savy, Bineau, Chandelux, Odin, Marduel, Blanc, Eraud, Albert, Girin, Gangolphe, Wedrichowski, Tellier, Grabinski, Charmeil, Duviard, Lavirotte, Cassas, Birot, Hyvert, Carry, Chappet père, Musy, Rougier, Leclerc.

Le président prononce l'allocution suivante :

Mes chers confrères,

Je tiens à vous adresser publiquement ici mon remerciement. Je considère comme un grand honneur pour moi d'avoir été choisi par vous pour exercer les fonctions de président du *Syndicat de l'Association des médecins du Rhône*, au moment même où ce Syndicat, Association de fait jusqu'ici, vient enfin d'acquérir l'existence légale.

Il n'y aura cependant par là rien de changé dans le Syndicat sinon une légalité de plus. La légitimité de notre groupement, contestée ailleurs, ne le fut jamais à Lyon. La récente déclaration que M. le Secrétaire et moi venons de faire à la Mairie centrale a été accueillie comme une simple modification de l'état antérieur considéré comme régulier. Votre Chambre syndicale ne sera vraisemblablement, ni plus souvent, ni moins souvent consultée par l'autorité judiciaire qu'elle n'avait l'habitude de l'être. Vous avez été considérés comme légitimes avant d'être légitimés. Vous le devez à la grande honorabilité des membres du Syndicat et de la Chambre syndicale, au bon renom et à la solide position morale de vos fondateurs. Vous le devez aussi à cette circonstance, que le Syndicat est né dans et de l'Association générale des médecins du Rhône, à laquelle s'attache l'idée indiscutée et indiscutable d'honneur médical. Si bien que le titre de membre du Syndicat vous a paru, jusqu'ici, inséparable du celui de membre de l'Association des médecins de Rhône. Permettez-moi d'espérer que cette union entre l'Association et le Syndicat ne sera pas rompue ; et que, le titre de membre de l'Association faisant entrer de plein droit un docteur en médecine dans le Syndicat, vous marquerez la différence de position pour les membres non pourvus de ce titre, en soumettant leur agrégation au Syndicat à un vote d'introduction préalable.

Deux nécessités me paraissent en effet dominer aujourd'hui les associations de médecins. La première consiste dans la sauvegarde et dans la continuation des traditions que nous ont léguées nos devanciers. On ne décrète point des mœurs ; et d'ailleurs, celles que nos maîtres nous ont enseignées étaient les bonnes. Nous étudions la vie, et cette étude nous apprend que les bouleversements n'y sont guère utiles, tandis que l'évolution progressive et ménagée féconde tout. Vous avez réussi à faire sortir de l'Association générale une branche jeune, pleine de sève et qui portera des fruits distincts. C'est le Syndicat. Il pourvoit aux nécessités de la vie militante du médecin, comme l'Association cherche à en secourir les infortunes. Le Syndicat aide le médecin à vivre ; l'Association l'aide parfois à finir sa vie ou prendre soin de la vie des siens, si la fortune n'a pas souri, et elle ne sourit pas toujours même à qui a plus que payé ses sourires d'avance ! N'y a-t-il pas connexité entre les deux manières d'entendre l'assistance confraternelle ? N'y aurait-il pas quelque témérité à rompre de gaieté de cœur cette connexité ?

Mais il y eut aussi de tout temps une autre nécessité impérieuse pour les collectivités qui veulent vivre, c'est le progrès. C'en est un que de relier de plus en plus efficacement et de plus en plus largement les intérêts identiques. Bon gré mal gré, nous sommes d'une race où la solidarité fut la loi fondamentale et en quelque sorte primitive. Dans les familles, c'est la *Gens* romaine ; en dehors d'elles, c'est la *Sodalité*, l'union fraternelle de ceux qui poursuivent un même but. Au moyen-âge Gallo-Frank, c'est la *Ghilde* ; il y a un peu plus d'un siècle c'est la corporation de métier. C'est là qu'on revient invinciblement ; parce que dans le seul faisceau réside la force, comme l'a si bien dit le fabuliste. Et toujours, contre la Sodalité s'est dressée la centralisation, qui sait bien que rien de son pouvoir ne prévaut contre l'action collective qui connaît son droit, son devoir et ses besoins, et qui les entend faire prévaloir, selon la justice. C'est à grand'peine que nous venons d'acquérir ce droit naturel de nous allier pour la soutenance de nos intérêts. Jusqu'ici, nous n'avions que l'autorisation de nous assister dans l'infortune. Ce droit acquis chèrement est, aussi lui, comme une plante jeune : il faut le faire pousser, fleurir à souhait et recueillir ses fruits. Il ne faut pas tout autour une montée de rejets parasites, ni de branches gourmandes mal venues, encore moins de pousses malades.

Il y en aurait si nous n'y prenions garde, nous membres de cette Association générale, qui longtemps a joué vraiment, à côté de son rôle charitable, celui d'un officieux conseil de l'Ordre de la médecine. Si nous ne continuions pas à diriger le mouvement syndical dans la droite ligne où nous avons voulu l'amener, et à maintenir constant son angle légitime d'insertion sur la société préexistante, il y aurait à la fois dommage et péril. Péril de syndicats interlopes ou même tout simplement indépendants, accueillant sans réelle sanction, tous les titres, tous les diplômes, toutes les person-

nalités et toutes les doctrines. Dommage, de par la confusion de notre Syndicat avec tel autre, de par la multiplicité et l'inégale valeur d'un tas de chambres syndicales entre lesquelles le juge qui nous consulte, l'avocat du client qui ne nous veut pas honorer, iraient oscillant : le premier ne sachant plus de qui solliciter la sentence arbitrale, le second le sachant peut-être un peu bien. Bref, à mon sens, Messieurs, il ne faut ici qu'un Syndicat, et il faut que ce Syndicat soit le nôtre. Il faut qu'il garde sa signification, son nom ; mais qu'il ait sa personnalité. Il l'a gagnée, il y a droit, elle est légale et bien à lui. Dans cette attitude, qui va être celle de sa vie individuelle de chaque jour, il peut accueillir et agréer à bon escient les confrères honorables qui ne font pas encore partie de l'Association des médecins du Rhône. Il leur fera sans doute voir comment on entend l'assistance à la vie militante du médecin dans un syndicat lié à l'Association générale, et il les y fera certainement rentrer tôt ou tard. Voilà dans quel sens j'aimerais voir se diriger votre délibération d'aujourd'hui ; et voilà pourquoi, avant d'ouvrir la discussion sur l'ordre du jour, j'ai voulu vous exprimer toute ma pensée dans ce qui précède.

Laissez-moi, Messieurs, rendre au Président qui m'a précédé à ce fauteuil, l'hommage qui lui est légitimement dû. Par ses efforts personnels, sa haute valeur, sa grande droiture et la fermeté bien connue de ses vues, M. le professeur Fochier avait réuni les qualités nécessaires à la conduite du Syndicat dans la période difficile. Et je puis dire qu'en laissant le Syndicat existant de fait, déjà honoré de tous, consulté par les juges, accepté comme un arbitre par les parties, à la fois bien vivant et prêt à s'accroître encore au moment où il reçoit la sanction légale de son existence de fait, il a puissamment contribué à rendre le présent facile, et l'avenir plein d'espérances. Je le salue de tout mon cœur dans son œuvre et dans la vôtre !

Questions intérieures

Après ce discours, on aborde l'ordre du jour.

M. Tellier, reprenant sa proposition émise à la dernière séance, appuie les conclusions du rapport de M. Renaut. Le président divise la question en trois parties :

1° *Veut-on admettre désormais des membres étrangers à l'Association des médecins du Rhône ?*

Après quelques remarques des docteurs Éraud, Marduel, Chandelux, l'affirmative est prononcée à l'unanimité moins une abstention.

2° *Les membres de l'Association seront-ils de droit membres du Syndicat ?*

L'épreuve donne les mêmes résultats. Mais sur la demande des docteurs Charmeil, Carry, etc., on décide la revision de l'article des statuts concernant le recrutement des adhérents.

Après diverses observations, M. Chandelux présente un nouvel article destiné à remplacer l'article, dont l'abrogation est votée, sauf le premier paragraphe qui est conservé.

L'article 3 nouveau est ainsi rédigé :

2e paragraphe : Font également partie du Syndicat les docteurs en médecine étrangers à l'Association et qui auraient été admis par l'Assemblée générale.

3e Paragraphe : Tout membre du Syndicat faisant simultanément partie de l'Association des médecins du Rhône, devra, pour rentrer dans le Syndicat s'il en est sorti par démission ou exclusion, être admis par l'Assemblée générale du Syndicat.

4e paragraphe : Tout membre du Syndicat donnant sa démission de membre de l'Association des médecins du Rhône continuera de plein droit à faire partie du Syndicat.

Sur la demande de quelques membres, le Dr Birot donne lecture des statuts pour constater s'il n'y a aucune contradiction entre les statuts existants et les modifications adoptées.

A propos de l'article 12, plusieurs membres parmi lesquels MM. Lavirotte, Chappet, Odin, Birot, etc., demandent que pour éviter une surprise des votes il soit bien spécifié que toute modification aux statuts pourra être, à une séance, l'objet d'un vœu, mais non soumise à un vote définitif. M. Chandelux proteste et objecte que l'assemblée est toujours maîtresse de son vote.

Après une discussion un peu confuse et parfois très animée, la réunion adopte la rédaction suivante proposée par M. Chappet :

Article 12. Toute modification aux présents statuts ne pourra être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet.

Sur la proposition du Président, on décidé ensuite que les docteurs français ou munis de diplômes français seront seuls admis.

Ces questions tranchées, on aborde la deuxième partie de l'ordre du jour, savoir : le nombre des assesseurs à augmenter. Sur la proposition de M. Savy, cette question est remise à l'étude du Bureau.

M. Renaut demande que l'on étudie aussi la question d'un siège social ; en attendant le siège se trouve à son propre domicile.

Le docteur Carry demande que le compte-rendu de cette séance soit imprimé et distribué à un grand nombre de médecins même ne faisant pas partie du Syndicat. Adopté.

Sur la demande des docteurs Musy et Lavirotte, il est décidé que lorsqu'on discutera l'admission de nouveaux membres ne faisant pas partie de l'Association, les convocations porteront le nom du candidat.

Le Secrétaire, L. Blanc.

REPORTAGE MÉDICAL

Situation militaire des Officiers de santé.

Notre confrère *Le Progrès médical* a reçu la lettre ci-dessous, qu'il a communiquée de suite à M. le Doyen de la Faculté de médecine :

Monsieur le Rédacteur en chef,

La situation scolaire des officiers de santé ayant été jugée par une loi, leur situation militaire ne peut rester en suspens.

N'ayant obtenu de M. le Ministre la transformation de mes inscriptions d'officier de santé en inscriptions de doctorat que quelques jours avant mon incorporation, il m'a été impossible de faire une demande plus tôt pour obtenir une dispense de deux années de service militaire.

Il est certain que la situation militaire des étudiants à inscription d'officier de santé à transformer en inscriptions de Doctorat, doit être fixée d'une façon certaine. C'est ce que je vous prie de vouloir bien me dire le *plus tôt possible*.

Je suis, Monsieur, avec le plus profond respect,
Votre tout dévoué : X...

M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris a répondu par la communication de la lettre suivante :

Université de France

Paris, le 3 mars 1893.

Monsieur le Doyen,

M. le Ministre a été consulté sur la question de savoir si des étudiants en officiat de Santé, conscrits de la classe 1892, qui n'obtiendront que postérieurement à leur comparution devant le Conseil

de revision la conversion de leurs inscriptions de doctorat, pourront encore réclamer le bénéfice de l'art. 23 de la loi de 1889.

« L'affirmative n'est pas douteuse, m'écrit M. le « Ministre, ces jeunes gens n'ont à produire et ne « peuvent produire aucune demande de dispense « devant le Conseil de revision. Mais, pourvu qu'ils « justifient d'une inscription de doctorat avant la « date de leur incorporation, ils seront en droit de « réclamer alors le bénéfice de l'art. 23.

« L'article 35 du règlement d'administration pu- « blique du 23 novembre 1889 est en effet ainsi « conçu :

« Les pièces justificatives que les jeunes gens « doivent produire à l'appui de leur demande « (Modèle A), par application des dispositions des « articles 8, 12 à 25, 29 et 33 du présent règlement, « sont présentées au Conseil de revision, ou au « commandant du bureau de recrutement, avant « l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées « qu'après la comparution de l'intéressé devant le « Conseil de revision, et, dans le second cas, par « l'autorité militaire, sur le vu des dites pièces jus- « tificatives. »

Je vous prie de donner d'urgence avis de la présente communication aux intéressés.

Recevez, etc.

Le Vice-Recteur, Signé : Gréard.

— A l'inauguration de la nouvelle clinique des Quinze-Vingts, M. Raynal, ministre de l'intérieur, a remis la croix de la Légion d'honneur à M. le docteur Trousseau, membre du Concours.

— *Election à l'Académie de médecine.* — M. le docteur Landouzy vient d'être nommé membre titulaire dans la section de pathologie médicale par 66 voix sur 76 votants.

— *M. le Professeur Guyon et le Conseil municipal.* — On sait que le Professeur Guyon a fait, à ses frais, de nombreuses dépenses à sa clinique de Necker, adjonction de deux nouvelles salles, agrandissement de la bibliothèque, des laboratoires et du musée ; ces dépenses s'élèvent, dit-on, à une somme considérable, plus de 100.000 francs.

Sur la motion de MM. Strauss et Chauvière, le conseil municipal de Paris a offert ses remerciements officiels à M. le Professeur Guyon.

Désinfection des logements contaminés. — Voici une nouvelle proposition concernant l'hygiène de la ville de Paris qui vient d'être déposée par un conseiller municipal de cette ville, M. Faillet :

1° Un bureau spécial d'hygiène publique sera installé dans chacune des mairies de Paris ;

2° Les propriétaires seront tenus de faire connaître à ce bureau les locaux. qui ont été quittés par des familles dont un ou plusieurs membres sont décédés, par suite de maladie contagieuse ou se sont trouvés atteints par une maladie contagieuse ;

3° Le service d'hygiène devra prendre, dans le plus bref délai, les mesures nécessaires pour la désinfection des logement indiqués.

— *Danger des pastilles de chlorate de potasse comprimées.* — Le hasard nous a rendu témoins, dernièrement, de l'accident suivant : Nous voyagions avec un monsieur qui, paraît-il, avait eu la malencontreuse idée de placer quelques lentilles de chlorate, en compagnie d'un canif d'acier, dans une pochette extérieure de son vêtement. Le soleil nous avait rôti pendant le trajet ; en descendant du compartiment, notre voisin choqua violemment la portière. Immédiatement une déflagration des lentilles se produisit et une longue flamme jaillit de la poche du porteur ahuri, qui subit une assez forte brûlure à la main. » (*Province méd.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3865. — M. le Dr Sorel, du Havre, membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure et du Syndicat du Havre.

N° 3866. — M. Conard, de Marmande (L.-et-G.), présenté par M. le Dr Colombet, de Miramont (L.-et-G.).

N° 3867. — M. Donne, médecin à Broons (C.-du-N.), membre du Syndicat des Côtes-du-Nord.

NÉCROLOGIE

Nous avons le très vif regret de faire part, à nos lecteurs, du décès de M. le Dr *Gérard*, maire de Beauvais, chevalier de la Légion d'honneur, membre du Concours médical et de l'Association des médecins de l'Oise, dont il a été un des fondateurs. Notre confrère laissera un souvenir durable dans la mémoire de la population de Beauvais et de ses confrères, parmi lesquels il comptait de nombreux amis ; et de MM. les Drs Manjot, de Belley (Ain), Leray, d'Issé (Loire-Inférieure), Béraud, d'Ainay-le-Château (Allier), Caternault, de Chartres (E.-et-L.), Limouzin-Lamothe, à Mormant (S.-et-M.), Lombard, de l'Isle-saint-Sorgues (Vaucluse), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Quinquaud, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — **Thérapeutique clinique et expérimentale.** In-8° carré de 350 pages environ, avec figures. 10 fr.

Ceci est de la moelle scientifique. Le savant et infatigable médecin de Saint-Louis n'a pas oublié ses premières études et ses primitives recherches sur la chimie biologique. Il est convaincu que c'est seulement par l'examen et par la critique des réactions obtenues dans le grand laboratoire de l'organisme, que la médecine surprendra le secret de guérir. L'observation de la vie est peut-être la meilleure sauvegarde contre la mort. C'est du moins l'idée générale qui ressort de la lecture de ce livre, si laborieusement pensé.

Que le lecteur ne s'imagine pas y trouver des floritures ou des aperçus vagabonds, il se tromperait étrangement. C'est le fait vital enregistré et commenté. C'est l'observation dans sa scientifique nudité et sous son aride sécheresse. Mais combien suggestive est cette lecture ! A ceux qui cherchent les secrets du « comment », je conseille de méditer ce volume. Dr L.-E. M.

Pour permettre à MM. les membres du Concours médical de posséder le livre qui résume les principaux travaux du maître disparu, la Société d'Editions Scientifiques accorde 50 % de réduction, soit 5 fr. net franco.

Mères et nourrices. Conseiller de la jeune femme, par le Dr Léon Cassine, de Saint-Quentin.

Bien des auteurs ont abordé ce sujet, peu l'ont traité d'une façon aussi concise et aussi complète. Ce qu'il y a de vraiment remarquable dans ce petit livre, c'est la clarté de sa distribution, la limpidité correcte de sa rédaction, l'art avec lequel ont été agencés les chapitres. On le lit sans fatigue, avec charme, et si l'on a besoin d'un avis, d'un conseil précis, une table alphabétique ingénieuse vous évite la moindre recherche.

Cet ouvrage pratique est donc essentiellement utile. En lire la table des matières, c'est se décider à l'acheter et à le consulter tous les jours :

I. De la grossesse. — II. Soins à donner à la mère pendant et après l'accouchement. — III. Soins à donner à l'enfant nouveau-né. — IV. Allaitement par la mère. — V. Allaitement par une nourrice. — VI. Allaitement artificiel. — VII. Sevrage. — VIII. Hygiène de l'enfance. — IX. Médecine infantile. Prix *franco* 3 fr. contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 5 3 Février 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Le Congrès international de Rome.

Le nombre des médecins qui se sont fait inscrire, pour le Congrès, qui va s'ouvrir fin mars, est considérable. Nous avions supposé que le retard du Congrès et les événements politiques et économiques survenus de l'autre côté des Alpes, amèneraient des retraits de souscription. Il n'en a rien été: les adhésions ont, au contraire, augmenté ; bien des médecins ont voulu faire profiter les membres de leur famille des économies très considérables que leur offre l'*Agence des voyages économiques*. Les frais d'un *voyage en Italie*, en temps ordinaire, sont assez élevés pour hésiter à l'entreprendre.

Nos lecteurs ont lu et apprécié les motifs qui ont décidé l'*Association de la Presse médicale* à participer au Congrès. Ces motifs sont très valables et à peu près les mêmes que ceux qui l'avaient décidée à prôner le *Congrès de Berlin*.

La presse politique pourra ne pas envisager la question de la même façon que le public médical. Celui-ci a des devoirs spéciaux et un drapeau à montrer et à défendre.

Nous sommes du nombre des membres de l'Association de la presse médicale, qui aurions éprouvé quelque répugnance à nous rendre en Italie, à la suite des récents événements. Mais nous nous sommes rendus, sans difficulté, aux raisons d'intérêt médical qu'on a fait valoir.

Nous verrons, par l'accueil qui sera fait aux représentants de la Médecine Française, en Italie, si les craintes qu'on pourrait éprouver, étaient fondées. En tout cas, l'Association de la presse médicale aura fait tout son devoir. Elle a engagé à aller à Berlin ; elle a fait, avec plein succès, une grande manifestation vis-à-vis des médecins de la flotte russe ; *elle s'est chargée d'organiser le Congrès international de Rome*. Ce sont des actes, qui lui font le plus grand honneur et qui affirment la vitalité de l'Association.

Le Directeur du Concours médical est heureux de pouvoir revendiquer sa modeste part dans les entreprises de l'Association de la Presse médicale.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'huile phosphorée dans le rachitisme.

De tout temps, la question du traitement du rachitisme par le phosphore et les phosphates, a préoccupé les médecins d'enfants. Les uns ont soutenu que le vulgaire phosphate tricalcique, la poudre d'os, la corne de cerf, etc., était le meilleur médicament contre la faiblesse des os. D'autres prétendirent qu'il n'y avait qu'un phosphate assimilable, le phosphate acide de chaux. D'autres donnèrent le phosphate de soude. Enfin, aujourd'hui, les Allemands préconisent le phosphore sous forme d'huile phosphorée. M. le Dr *Louis Guinon* vient de publier le résultat de ses expériences, qui ont porté sur 41 enfants du service de M. le professeur Grancher. M. Guinon fait remarquer que l'amélioration du côté des os a été très lente, mais que celle portant sur l'état général a été au contraire très rapide, ce qui a une très grande importance. Au bout de 15 jours, en général, la mère rapporte que l'enfant est *plus gai*, qu'il *tousse moins*, qu'il *digère bien*, quelquefois qu'il *dort mieux*.

Au bout de 3 à 4 semaines, elle remarque qu'au lieu de rester étendu et flasque, si c'est un nourrisson, il *s'assied bien tout seul*, ou *essaie de le faire* ; si c'est un enfant plus âgé, qu'au lieu de rester assis, il se *met debout* ou *essaie de le faire* ; enfin, à un âge plus avancé, qu'il veut marcher ou qu'il recommence à marcher, s'il en avait perdu l'habitude (comme cela se voit souvent dans le rachitisme de la deuxième année) ; enfin, au

bout de 2 mois ou plus, on note que les dents poussent, bien qu'avec retard ;

La formule la plus simple et la moins chère, celle que l'on doit employer à l'hôpital est l'huile de foie de morue phosphorée au dix-millième.

Phosphore............	1 centigr.
Huile de foie de morue....	100 gr.

Une cuillerée à café par jour.

Comme le pharmacien ne saurait peser une aussi petite quantité de phosphore, Kassowitz recommande d'avoir une solution mère concentrée de Ph. (0,20 c.) dans de l'huile d'amande douce (100 gr.). 5 grammes de cette solution contiennent 0,01 centigr. de Ph et donnent, avec 95 grammes d'huile de foie de morue, la solution au dix-millième.

Quand un enfant ne peut pas ou ne veut pas la prendre, on doit essayer la formule suivante :

Phosphore...........	1 centigr.
Huile de foie de morue..	100 gr.
Saccharine...........	5 gr.
Essence de citron......	II gouttes.

Une cuillerée à café par jour.

Si cette forme n'est pas acceptée par l'enfant, Kassowitz prescrit :

Phosphore.........	1 centigr.
Lipanine...........	30 gr.
Sucre blanc........ }	ââ 15 gr.
Gomme arabique... }	
Eau distillée.........	40 gr.

Une cuillerée à café par jour.

ou encore :

Phosphore..........	1 centigr.
Lipanine............ }	ââ 5 gram.
Huile d'olive......... }	

X gouttes par jour.

Toutes ces préparations peuvent être continuées pendant plusieurs mois, dit M. Guinon.

Nous ne sommes pas absolument de l'avis de M. Guinon. L'huile phosphorée et le phosphore en nature nous paraissent extrêmement dangereux à manier, même à petites doses. Nous avons vu d'inoubliables exemples des dangers de cette méthode.

Gardons l'huile phosphorée pour l'usage externe. Incorporons-la plutôt à des liniments destinés à des frictions des membres et donnons à l'intérieur le classique phosphate de chaux qui, au moins, n'empoisonnera jamais nos petits malades. Aujourd'hui on arrive d'ailleurs à faire encore mieux. Par l'alimentation phosphatée des vaches, on obtient un lait extrêmement riche en phosphates, comme le montre l'analyse. Le lait ainsi phosphaté nous paraît encore le meilleur moyen à notre disposition pour faire assimiler les phosphates par l'économie.

Il est certain qu'il ne faut pas négliger concurremment les bains salés, les promenades au grand air, le séjour à la mer, qui restent les principaux adjuvants du traitement du rachitisme.

Le procédé de la langue du Dr Laborde.

Nous revenons avec insistance sur ce même sujet, car il concerne, suivant nous, un des plus efficaces traitements découverts depuis quelques années et dont les succès sont d'autant plus éclatants qu'ils s'appliquent à des morts ou tout au moins à des individus considérés comme morts et qui ressuscitent par le seul fait de l'application exacte du procédé. Dernièrement, M. *Lancereaux* posait à M. *Laborde* la question suivante, à propos de l'application du procédé de la langue à la syncope cardiaque: « J'admets, dit-il, l'efficacité de ce procédé dans les cas de mort apparente dus à un arrêt brusque de la respiration ; mais je me demande si ce procédé réussit dans les cas de mort apparente par arrêt du cœur. » En réponse à cette question, M. Laborde donne quelques détails sur le mode d'action physiologique de son procédé de tractions rhythmées de la langue que nous croyons utile de reproduire :

La condition essentielle de l'application du procédé de la langue, c'est la *syncope respiratoire* ou *arrêt du réflexe respiratoire,* qu'il s'agit précisément de rétablir.

Or, les *tractions linguales* agissant immédiatement et directement sur ce réflexe, par l'intermédiaire des nerfs laryngé supérieur, glosso-pharyngien et lingual, comme point de départ *sensitif*, et sur les nerfs moteurs respiratoires, notamment sur les *phréniques*, réalisent à merveille cette provocation : en tirant sur la langue, on tire, en effet, sur le *réflexe respiratoire lui-même*: de là la puissante efficacité du procédé, qui l'emporte nécessairement, par cette raison majeure, d'ordre physiologique, sur tous les autres.

L'analyse expérimentale a, d'ailleurs, démontré clairement ce mécanisme, en faisant voir que la section préalable des nerfs sensitifs provocateurs du réflexe, par l'intermédiaire de la langue, — en particulier des nerfs laryngé supérieur et glosso-pharyngien, — ne permettait plus le rétablissement du réflexe, dans les conditions déterminées et encore favorables de l'asphyxie expérimentale ; de même que la section des nerfs phréniques, en supprimant, dans les mêmes conditions, la voie principale du retour centrifuge ou moteur du réflexe, empêchait tout rappel de celui-ci.

La persistance suffisante de l'excitabilité fonctionnelle des éléments qui y interviennent, notamment de l'excitabilité du *centre bulbaire*, et de celle des nerfs sensitifs et moteurs, durant cette période latente, qui constitue la mort apparente, et pendant laquelle la mort s'achève, est une condition nécessaire de la réalisation du phénomène, et du rappel de la fonction respiratoire, et partant, de la vie.

Il résulte de ce qui précède que les *asphyxies* de toute espèce, quel qu'en soit le processus, sont justiciables du *procédé de la langue*, puisque c'est la fonction respiratoire qui est là particulièrement en jeu ; et c'est ce que démontrent le grand nombre de faits cliniques qui, depuis nos premières applications expérimentales à l'asphyxie chloroformique, se sont déjà produits.

Mais la *syncope cardiaque* primitive, même la syncope simple, vulgaire, d'origine et de cause émotives, par exemple, est rapidement conjurée par les *tractions linguales*. C'est un confrère de Bordeaux, M. le Dr Balade, qui a eu l'idée de cette application. Le résultat se comprend fort bien par le mécanisme physiologique suivant: le rappel du réflexe respiratoire par les tractions linguales ramène secon-

dairement le fonctionnement du cœur, momentanément suspendu ; c'est ce qui a également lieu dans le cas d'arrêt primitif du cœur, à la suite de la chloroformisation.

On peut dire que les quelques insuccès de la méthode sont généralement dus à la lenteur que l'on a mise à commencer son application et au défaut de persévérance de l'opérateur.

MÉDECINE PRATIQUE

L'albuminurie phosphaturique.

La pathogénie de l'albuminurie est encore fort nébuleuse, et cela se conçoit, car la chimie biologique n'est née que d'hier et fort peu avancée. Tout n'est pas dit quand on a découvert qu'un malade a de l'albuminurie et bien au contraire, le problème commence. Je ne parle pas des médecins qui soignent leurs malades pendant des mois pour de prétendus rhumatismes ou troubles nerveux et qui n'ont pas seulement daigné examiner une fois les urines. Ceux-là sont ou de bien grands ignorants, ou de bien coupables insouciants. L'examen de l'urine est aussi indispensable que l'examen du pouls et de la langue. Mais passons ; notre jeune génération sera, espérons-le, bien pénétrée de cet axiome et ne l'oubliera jamais.

Or, comme nous le disions, il ne suffit pas de trouver de l'albuminurie et de prescrire, comme une machine, le régime lacté indistinctement dans tous les cas où on a trouvé cette albuminurie. Agir de la sorte est le fait des empiriques et non des gens de réflexion. Pourquoi tel malade est-il albuminurique ? Voilà ce qu'il faut rechercher. Or, dans les antécédents, on ne trouve pas toujours la scarlatine, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la lithiase, etc. L'albuminurie, d'ailleurs, est-elle toujours due à une néphrite ? Le mal de Bright peut être produit par l'artério-sclérose, par une affection chronique du cœur, et l'albuminurie est son symptôme primordial. Mais doit-on considérer tous les albuminuriques comme des brightiques ? Certes non ; et plus on étudie la chimie urinaire, plus on arrive à cette conclusion que la question a encore bien des inconnues à résoudre. Même en présence d'un malade qui urine en 24 heures 0,750 d'albumine, qui présente des apparences d'urémie lente chronique, et qui a eu antérieurement des coliques néphrétiques, il ne faut pas se hâter de parler de mal de Bright incurable et de gorger, sans pitié, ce malade de lait. C'est *M. Albert Robin*, qui vient, par ses patientes et savantes recherches, de nous ouvrir sur ce point un horizon nouveau. A l'une des dernières séances de l'Académie, M. Robin a fait une intéressante communication sur cette question de l'albuminurie en dehors du mal de Bright, albuminurie qu'il appelle *fonctionnelle*, provoquée par des troubles de nutrition, par la phosphaturie entr'autres et pouvant à la longue devenir elle-même *organique*.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de résumer cette importante étude et de leur suggérer ainsi d'utiles observations dans leur propre pratique.

I

L'ALBUMINURIE FONCTIONNELLE DANS LA PHOSPHATURIE.

M. Robin affirme que la déperdition excessive de tel principe minéral est capable d'engendrer un état morbide, dont la symptomatologie se confond actuellement avec l'expression des soi-disant entités fondées sur la clinique vulgaire, entr'autres les albuminuries.

La phosphaturie est dans ce cas. On sait que normalement l'acide phosphorique éliminé par l'urine en 24 heures est d'environ 0,035 par kilogramme de poids du corps. Si le taux s'élève notablement, par exemple, à 0,050 ; 0,060 etc., il y a phosphaturie.

Or cette phosphaturie peut provoquer de l'albuminurie, d'abord d'une façon intermittente, puis permanente ; puis l'albuminurie fonctionnelle ainsi engendrée peut augmenter, déterminer des troubles organiques et finalement aboutir à la néphrite chronique, c'est-à-dire à l'albuminurie organique, à peu près incurable. Tel est le résumé des connaissances nouvelles que M. Robin nous apporte avec preuves à l'appui. Remarquons les nombreux stades que parcourt cette albuminurie *par lésion chimique de la nutrition* avant d'aboutir à l'albuminurie chronique organique. M. Robin propose de diviser les albuminuries phosphaturiques en quatre variétés, répondant bien aux degrés qui se présentent à l'observateur suivant le moment de l'examen.

La *première variété* offre ceci de remarquable que la présence d'acide phosphorique en excès dans l'urine est le seul symptôme permanent que l'on constate. Les individus qui en sont atteints ont toutes les apparences de la santé. Tout au plus note-t-on, après un minutieux interrogatoire, des changements dans le caractère, un peu de maussaderie, de l'apathie, une sorte de fatigue vague, une difficulté de l'attention, parfois un peu de pâleur. Tout cela est si mal précisé que le sujet est disposé à rapporter ces petits changements aux soucis habituels de la vie. Mais un jour, souvent par hasard, on examine l'urine, on trouve de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 d'albumine. On s'inquiète, on pratique de nouveaux examens : l'albumine a disparu pour reparaître encore, plus ou moins irrégulièrement.

Alors, il est si facile de prononcer les noms d'albuminurie intermittente ou cyclique, qu'on s'attarde dans ce diagnostic, sans chercher plus loin, et l'on ordonne le régime lacté, qui n'a d'autre effet que d'augmenter la sensation de fatigue et de transformer en malades des individus qui, jusqu'à la découverte de l'albumine, résistaient à toute tentative de traitement et continuaient leur existence antérieure.

Mais qu'on fasse une analyse complète de l'urine, on trouve deux choses : d'abord de la phosphaturie, puis un syndrome indiquant un trouble spécial de la nutrition dont le trait dominant est une diminution des oxydations azotées.

Le *diagnostic* de cette variété est fondé sur le syndrome suivant : albuminurie intermittente, phosphaturie relative ou absolue, diminution des oxydations.

Son *pronostic* est bénin, puisque le traitement de la phosphaturie a toujours fait disparaître l'albumine.

De la constitution de ce premier type morbide, il résulte que l'entité qu'on a essayé d'établir sous le vocable d'albuminurie cyclique, intermittente, physiologique, n'a de réalité que l'apparence et est destinée à disparaître.

Il faut en séparer déjà *l'albuminurie phosphaturique*.

La deuxième variété est l'albuminurie phosphaturique *pseudo-neurasthénique*, caractérisée par l'association de symptômes neurasthéniques à la phosphaturie et à une albuminurie très minime, intermittente, puis permanente. Les malades de ce groupe sont généralement considérés comme des neurasthéniques ordinaires et la cause véritable de leur état est inconnue. Or, M. Robin donne les caractères suivants à cette variété :

1° Albuminurie légère, permanente ou intermittente, oscillant autour de 0 gr. 50 par vingt-quatre heures, indépendante de l'alimentation.

2° Phosphaturie assez considérable, de 3 gr. 50 à 9 gr. 60 par vingt-quatre heures, en moyenne 5 gr. 30 ; atteignant 22 à 60 p. 100 du poids de l'azote excrété (moyenne, 38 gr. 9) ;

3° Manifestations neurasthéniques diverses, ne paraissant avoir rien de personnel, sauf l'insomnie qui est presque constante;

4° Troubles nutritifs tels que désassimilation augmentée dans tous ses termes, exagérée surtout dans les organes riches en azote et en phosphore ; nutrition diurne meilleure que la nutrition nocturne. L'élévation du taux des oxydations azotées coïncide avec une amélioration de tous les symptômes.

Dans ce groupe, en somme, la maladie, ce n'est ni l'albuminurie, ni la neurasthénie, ni même la phosphaturie, c'est le trouble fonctionnel de la nutrition. L'albuminurie traduit soit la fatigue du rein qui doit suffire à un plus grand travail, soit une altération du sang où le bouleversement des combinaisons salines de l'albumine met en liberté une partie de celle-ci ou la rend plus dialysable. Les symptômes nerveux expriment la déchéance nutritive du système nerveux riche en phosphore et peut-être aussi les réactions, que celui-ci développe au contact des plasmas trop chargés de produits incomplètement oxydés et de toxicité probable.

La constatation des 4 caractères ci-dessus permet de faire le diagnostic avec la neurasthénie vraie.

Le pronostic est léger, si le diagnostic précoce permet d'instituer un traitement dès le début. Sinon, l'albuminurie peut devenir organique à la longue. *La troisième variété est l'albuminurie phosphaturique pseudo-brightique*.

Les symptômes de cette variété doivent être groupés sous quatre chefs :

A. *Symptômes généraux*. — Fatigue musculaire, difficulté du mouvement, douleurs vagues, pâleur du visage, état sec ou rugueux de la peau, etc.

B. *Symptômes nerveux*. — Etat de tristesse, modifications du caractère, vertiges, étourdissements, céphalalgie, insomnie.

C. *Symptômes digestifs*. — Très variables dans leur expression, mais avec ces deux dominantes : un appétit conservé sinon exagéré, un chimisme stomacal très irrégulier.

D. *Symptômes tirés de la nutrition*. — Polyurie avec une densité normale ou peu abaissée, albuminurie de 0 gr. 50 à 1 gr. 50, phosphaturie de 3.50 à 7.59 (moyenne, 4.70), azoturie, oxydations phosphorées augmentées, oxydations sulfurées diminuées, coefficient de déminéralisation augmenté.

Cette variété d'albuminurie phosphaturique diffère cliniquement et urologiquement du mal de Bright, et s'en sépare aussi par sa plus grande aptitude à la guérison, sous l'influence d'un traitement systématique, entièrement différent du traitement classique du mal de Bright.

La quatrième variété est l'albuminurie phosphaturique permanente avec taux plus élevé de l'albumine. Le traitement ne peut plus la faire disparaître entièrement, le rein est touché dans sa structure. Il y a identité apparente avec le mal de Bright ; nous disons *apparente*, car en analysant l'urine, on trouve, outre l'albumine, la densité augmentée 1020, 1032, l'urée, l'acide phosphorique augmentés en proportions inattendues, en un mot une exagération des échanges généraux, ce qui ne se voit pas dans le mal de Bright. Le diagnostic avec le mal de Bright est impossible ; ce sera un diagnostic pathogénique de la lésion qu'il faudra établir ; on en retirera des bénéfices appréciables quand on formulera le traitement.

D'après M. Robin, toutes ces albuminuries phosphaturiques reconnaissent les mêmes causes, la même étiologie : le surmenage physique et moral chez les arthritiques. Ces troubles fonctionnels se rencontrent chez ceux qui mangent trop bien qui ne font pas assez d'exercice musculaire et trop de dépenses nerveuses.

Bien des albuminuries chroniques organiques débutent ainsi par des albuminuries fonctionnelles bio-chimiques et pourraient être guéries, si on les reconnaissait à ce premier stade.

Que coûte un examen d'urine fait de temps en temps ? Beaucoup se font examiner le cœur et les poumons, dans la crainte qu'une maladie grave ne s'y développe sourdement ; que ne leur conseille-t-on, en même temps, de faire analyser leur urine pour y rechercher si un trouble chimique quelconque n'est pas pour l'avenir une menace de maladie grave? Une phosphaturie fréquente et à plus forte raison permanente doit engager le médecin à examiner à plusieurs reprises l'urine de son client ; il pourra y trouver quelquefois de l'albumine, et sans en être pour cela effrayé, il prescrira un régime qui préservera infailliblement son malade d'une des sources du mal de Bright.

II

TRAITEMENT.

Dans l'albuminurie fonctionnelle, le traitement n'est pas un leurre comme dans l'albuminurie organique. M. Robin insiste avec raison sur cette considération. En fait, dans l'albuminurie organique, que cherche-t-on à obtenir ? une alimentation facilement assimilable, ayant le moins de déchets et le moins de toxines possible, afin d'éviter tout travail au rein malade. Le lait, donné exclusivement, remplit bien cette indication; on lui associe de temps en temps des antiseptiques intestinaux, pour augmenter les chances de l'absence de toxines dans le sang, et les révulsifs extérieurs pour enlever toute congestion rénale.

En dehors de cela, que faites-vous d'utile à

un brightique ? Les médicaments modificateurs de l'épithélium rénal sont-ils bien fidèles et absolument inoffensifs ? C'est douteux ; on ne peut que maintenir à peu près l'équilibre dans l'organisme, mais on n'a guère espoir de guérir totalement.

Dans l'albuminurie phosphaturique, les choses ne sont pas ainsi : il y a des indications thérapeutiques, et si on les remplit, le succès couronne presque sûrement les efforts. M. Robin formule de la manière suivante ces indications thérapeutiques :

1° Eliminer les causes déterminantes : surmenage nerveux, suralimentation, etc. Lutter contre l'arthritisme originel et acquis.

2° Diminuer la désintégration azotée générale ; protéger les organes riches en phosphore contre une désassimilation trop active ; favoriser l'assimilation des phosphates et les fournir sous une forme apte à l'intégration organique. Aider les oxydations.

3° Combattre la destruction des hématies, activer leur rénovation.

4° Lutter contre l'albuminurie, ses causes nutritives et sanguines, ses conditions rénales. La lutte contre l'étiologie est une question d'hygiène et d'alimentation.

« L'*hygiène* se résume en une formule : augmenter les dépenses musculaires dans une mesure telle qu'elles aident à l'absorption de l'oxygène, qu'elles utilisent mieux les matériaux alimentaires, mais sans arriver à la fatigue du muscle, qui augmenterait les matières extractives azotées peu solubles et plus ou moins irritantes.

« Les moyens sont : l'exercice progressif qui sera toujours limité par la sensation de fatigue, le massage léger par effleurage, la vie au grand air, le repos intellectuel absolu, les frictions journalières avec un liniment excitant.

« Le *régime* régularise l'apport du combustible, et donne au système nerveux et aux globules rouges des éléments de reconstitution.

« Les règles générales sont :

1° Diminuer les féculents et les sucres, agents d'épargne ; augmenter légumes verts et fruits, insister sur les aliments phosphorés et potassiques ; autoriser parmi les corps gras ceux qui exercent sur les tissus phosphorés une action conservatrice ; supprimer tous les aliments gélatineux.

Viandes rouges, bœuf et mouton ; bouillon de bœuf préparé sans os avec beaucoup de légumes ; volailles adultes, œufs. Supprimer le poisson.

Os de petit gibier très grillés et pilés au mortier, cervelles, laitances de poisson, ris de veau, caviar frais, foie, huîtres, moules.

Pois, lentilles, fèves, haricots rouges, navets, chou blanc, céleri, artichaut, endives.

Prohibition des pâtisseries, sucreries, condiments, acides, à l'exception du sel marin et du jus de citron.

Comme boisson, lait écrémé ou eau d'Evian.

Après le repas, café léger.

2° Hygiène et régime correspondant en partie aux indications de la deuxième série, il ne reste qu'à les corroborer par des actions médicamenteuses.

Huile de foie de morue, arséniate de soude, phosphates alcalins et terreux, préparations strychniques, hypophosphites, glycéro-phosphates, sulfate de quinine, extrait de quinquina, inhalations d'oxygène.

3° L'indication de l'anémie réclame les préparations ferrugineuses.

4° Celle de l'albuminurie, l'acide gallique associé à l'iode, au calomel ou à l'aloès et à l'extrait de quinquina.

« Tels sont les moyens. Leur emploi se répartit en quatre étapes qu'on ne parcourra que successivement quand de bonnes analyses auront démontré que l'effet visé dans l'une d'elles a été obtenu.

« La première variété d'*albuminurie phosphaturique* ne comporte qu'un traitement hygiénique et alimentaire. Occasionnellement, on utilisera l'huile de foie de morue, et l'un des médicaments de la deuxième série.

« L'*albuminurie phosphato-neurasthénique* réclame un traitement plus complet, qui dépassera rarement l'indication anémique. La prédominance des symptômes neurasthéniques impose quelques règles spéciales. Se garder du traitement de Weir-Mitchell, des narcotiques, de l'hydrothérapie ordinaire. Comme uniques sédatifs, le valérianate d'ammoniaque et les pilules de Méglin.

« Dans l'*albuminurie phosphaturique pseudo-brightique*, régime et hygiène seront continués tant que dureront l'albuminurie et la phosphaturie. On commence par l'arséniate de soude et les phosphates : après quinze jours, on remplacera par les hypophosphites et les pilules à l'extrait de quinquina et au sulfate de quinine. Ensuite on administrera des préparations ferrugineuses et arsenicales. Puis, si l'albuminurie persiste, on ordonnera l'acide gallique et le régime lacté mixte.

Dans l'*albuminurie brightique phosphaturique*, on tentera d'abord les premières séries médicamenteuses pour s'en tenir à la dernière, après une courte épreuve, si celles-ci n'ont donné aucun résultat.

Les eaux minérales peuvent avoir leur utilité : les malades albuminuriques des trois premières variétés se trouveront bien d'une cure d'eaux chaudes arsénicales. Chez ceux, qui sont trop excitables et artério-scléreux, on obtiendra de meilleurs effets avec les eaux chaudes faiblement minéralisées ou les eaux chlorurées sodiques.

Dans tous les cas, comme on le voit, le traitement vise moins l'albuminurie que les troubles bio-chimiques de désassimilation. Le régime lacté exclusif est non seulement insuffisant, mais il est funeste, car il ne modifie pas la cause primordiale de l'albuminurie, le vice des échanges nutritifs.

De ses recherches, M. Robin croit pouvoir tirer des conclusions très grosses de conséquences ; il généralise ce qu'il a observé pour le mal de Bright d'origine phosphaturique, et affirme que l'avenir est à la chimie biologique.

Bien des lésions d'organe ne sont que la conséquence d'un *trouble chimique fonctionnel antérieur de la véritable maladie*, et si l'on veut prévenir la lésion, si souvent incurable, c'est cette *maladie fonctionnelle* qu'il faut chercher à reconnaître, puisqu'elle est encore justiciable de la thérapeutique.

Dans ces conditions, les entités morbides ac-

tuelles, dont l'organicisme a été, jusqu'à présent, la base la plus stable, doivent être revisées dans une certaine mesure. La notion du trouble fonctionnel antérieur doit figurer au premier rang des préoccupations du nosologiste comme des cliniciens.

A la célèbre formule vitaliste :

« C'est la fonction qui fait l'organe », M. Robin propose d'ajouter la formule pathologique suivante : « C'est la maladie de la fonction, qui fait la lésion de l'organe. » A nous de déceler la maladie fonctionnelle avant la lésion de l'organe.

Voilà, certes, des théories un peu moins décourageantes que celles qui frappent habituellement nos oreilles. L'expectation et le scepticisme sont encore une fois combattus par ces doctrines progresssistes.

Il faut savoir prévenir les lésions bien plus que les diagnostiquer quand elles sont constituées ; car alors, il est trop tard. La thérapeutique n'est pas une supercherie ; elle est, au contraire, un instrument très puissant : le tout est de l'appliquer à temps.

Dr Paul HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement de quelques névroses chez l'enfant(1).

Hypochondrie.

Les idées hypochondriaques ou nosomaniaques ne sont pas exceptionnelles chez les enfants névropathes, héréditaires et dégénérés. Dès qu'on s'en aperçoit, il importe d'attirer l'attention de la famille sur cette fâcheuse tournure d'esprit qui peut aboutir à une vésanie véritable. C'est à la *cure morale*, à la psychothérapie, qu'on doit demander le redressement de cette déviation psychique ; tout l'entourage de l'enfant doit s'y employer.

On évitera avec grand soin de laisser la conversation tomber sur des sujets médicaux ; on redoutera plus encore la lecture de ces écrits dans lesquels, sous couleur de vulgarisation médicale, se trouvent des descriptions plus ou moins exactes des maladies, dans un style de nature à impressionner vivement un lecteur jeune. Malheureusement, à notre époque, ce genre d'écrits, servant à la diffusion de réclames thérapeutiques, se glisse partout et peut facilement tomber sous les yeux de nos enfants. Ceux d'entre eux qui ont le moindre propension à la nosomanie s'en emparent et les lisent avec avidité.

Pour la même raison, les parents devront éviter de s'entretenir devant leurs enfants de leurs propres maux ; car, souvent névropathes eux-mêmes, ils exerceront, par le récit imagé de leurs sensations morbides, une fâcheuse suggestion sur ces jeunes cerveaux.

On recommandera aux parents de n'accueillir qu'avec réserve, et sans paraître émus, les plaintes de l'enfant hypochondriaque ; ce serait pourtant un mauvais procédé que d'y paraître insensible et de refuser complètement d'y croire ou de s'en occuper ; l'enfant attribuerait cette excessive indifférence à la dureté du cœur des siens et renoncerait à leur confier ses craintes d'être malade et de mourir, se confinerait en un mutisme plein de terreurs secrètes, qui serait loin d'améliorer son système nerveux. On écoutera donc les plaintes de l'enfant, on l'examinera attentivement et on lui affirmera ensuite que les sensations qu'il accuse ne correspondent à aucune maladie.

On instituera pour lui une éducation où les travaux intellectuels seront suffisamment tempérés par l'exercice et les distractions ; on choisira, s'il se peut, ses camarades parmi des enfants sans tare névropathique et de bon caractère.

L'*hydrothéraphie* sous les formes les plus variées sera presque la seule thérapeutique physique. Cependant, comme en général les fonctions digestives s'accomplissent assez mal chez ce genre de sujets et qu'ils sont notamment atteints de constipation, on surveillera leur alimentation, on leur fera prendre fréquemment les amers et les laxatifs.

Epilepsie.

Le premier soin du médecin appelé à soigner un enfant qui présente des attaques convulsives, doit être de rechercher les circonstances qui permettent de distinguer l'épilepsie de l'éclampsie et de l'hystérie ; puis les convulsions épileptiformes symptomatiques, soit d'une irritation produite sur le système nerveux par voie réflexe, comme l'épilepsie vermineuse, soit d'une lésion encéphalique localisée (épilepsie jacksonienne).

Les convulsions limitées, du moins au début de l'accès, à un membre, inférieur ou supérieur, à une moitié de la face, sans perte de connaissance ou précédant la perte de connaissance, constituent l'*épilepsie jacksonienne.* La connaissance des localisations cérébrales permettra dans certains cas de diagnostiquer l'existence d'une lésion nettement localisée de l'encéphale et superficielle, accessible au chirurgien, comme celles de la région rolandique. Si les commémoratifs peuvent faire penser à une lésion curable par l'intervention chirurgicale (*ancien traumatisme*), on posera nettement la question de TRÉPANATION.

Peut-on supposer qu'une *lésion syphilitique héréditaire* (gomme) est l'agent irritant, le traitement spécifique doit être institué et conduit avec vigueur (frictions mercurielles, iodure de potassium à dose suffisante).

Si l'on est induit à admettre un *tubercule cérébral*, l'espoir est bien faible d'en obtenir la régression ; chez des enfants déjà d'un certain âge, on pourra quelquefois en ralentir l'évolution par l'emploi de la créosote et de l'iodoforme.

Pour les autres *tumeurs encéphaliques* (gliome, kyste, foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie, hématome), il n'y a rien à espérer que de la chirurgie, et c'est à son défaut seulement qu'on tentera la révulsion sur les parois du crâne (pointes de feu, vésicatoires réitérés) et l'emploi des antispasmodiques.

L'épilepsie causée par des *vers intestinaux* sera un triomphe thérapeutique, grâce aux anthelmintiques (santonine, 0 gr. 05 à 0,15) et au calomel.

(1) *Revue d'obstétrique et de pédiatrie.*

On peut voir des accidents épileptiformes en rapport avec une *auto-intoxication* par le tube digestif (constipation, dilatation gastrique et colique) ; ils céderont à un régime approprié et à l'antisepsie intestinale.

Si on a la bonne fortune de rencontrer, par un examen minutieux de tout le corps, quelque *cicatrice douloureuse*, quelque *névrome*, on pourra espérer faire disparaître les convulsions par la suppression de ces causes d'aura centripète.

Le *rachitisme*, qui s'accompagne de *craniotabes*, de déformation passagère ou durable du trou occipital capable d'entraver la circulation du bulbe, sera traité s'il existe.

L'*anémie*, si elle est arrivée à un haut degré, peut par exception entraîner une ischémie de certains territoires encéphaliques ou des troubles de la nutrition des cellules nerveuses, qui se traduisent par des convulsions épileptiformes ; de là une indication thérapeutique.

Toutes ces fausses épilepsies écartées, on reste en face du vrai **mal comitial**, présentant à considérer au point de vue du traitement les *accidents convulsifs*, le *petit mal*, les *formes larvées* (incontinence d'urine, impulsions).

En vue de la PROPHYLAXIE, on pourrait peut-être utiliser la notion, qui paraît acquise à la science, de l'influence exercée par l'alcoolisme des parents, et plus particulièrement par l'ivresse au moment de la conception. Des recommandations faites à propos aux hommes qui sont sur le point de se marier, éviteraient peut-être quelques naissances d'épileptiques futurs.

Dans les familles à hérédité névropathique ou alcoolique, on devrait ne jamais exposer les enfants à des spectacles répugnants ou terrifiants (vue d'un cadavre, de l'abatage d'un animal, des convulsions d'un épileptique). On devra leur interdire l'usage du vin pendant les premières années. L'éducation devra se proposer, chez les enfants tarés par les névroses ou psychoses des parents, d'éviter le surmenage intellectuel, les punitions trop rigoureuses et l'abus de la contrainte morale. On recommandera la vie au grand air.

L'emploi des MÉDICAMENTS comprendra en première ligne les *bromures*, à doses progressivement croissantes jusqu'à disparition des attaques, puis décroissantes, mais sans cesser complètement, le bromure étant « la muselière de l'épilepsie », comme on l'a dit d'une manière si expressive.

Bromure de potassium	} āā 5 gr.
Bromure de sodium	
Bromure d'ammonium	
Eau	150 gr.

Chaque cuillerée à café, contenant 1 gr. de polybromure, sera diluée dans une quantité variable de sirop d'écorce d'orange, de fleur d'oranger ou d'eau de laurier-cerise.

On donnera ainsi 1 à 10 gr. par jour, suivant l'âge de l'enfant et la fréquence des accès. Quand les accès auront disparu depuis un certain temps, on diminuera les doses ; puis on suspendra une semaine sur quatre, puis un mois sur deux, etc.

On peut empêcher les accidents cutanés du bromisme par l'emploi simultané de l'antisepsie intestinale (naphtol et benzonaphtol).

Loin derrière les bromures viennent tant de médicaments, tour à tour vantés : opium, belladone, jusquiame, valériane, chloral. Plus récemment, le borate de soude a été préconisé.

Au moment des *accès*, les mesures à prendre sont de prévenir les chutes graves, la morsure de la langue, de relâcher tous les vêtements, de favoriser la sécrétion urinaire, d'évacuer l'intestin. Les accès subintrants trop prolongés, constituant l'*état de mal*, peuvent devenir un danger mortel : on doit s'efforcer d'en interrompre la série par divers moyens (chloroformisation, inhalations de nitrite d'amyle, affusions froides, bains tièdes prolongés).

Dans l'intervalle des accès convulsifs, l'*hydrothérapie froide* (douche en jet, en pluie) sera indispensable. Elle sera aussi efficace contre les *vertiges* du petit mal et les *accidents larvés* d'impulsion, d'incontinence nocturne d'urine.

On a essayé la suggestion avec peu de succès.

On a pratiqué la trépanation, même dans l'épilepsie réputée essentielle. Compte-t-on un seul succès définitif ?

L'emploi des *toniques*, du fer, de l'arsenic est indispensable de temps en temps.

Quand les accès affectent une périodicité régulière, la quinine (valérianate surtout), serait à essayer.

Hystérie.

Deux grands agents priment tous les moyens qui ont été préconisés contre l'hystérie : c'est le *traitement moral* et *l'hydrothérapie*.

Ils servent d'abord à la PROPHYLAXIE. Chez les enfants issus de névropathes, l'usage des pratiques hydrothérapiques doit être institué de très bonne heure, et l'éducation devra, dès les premières années, s'efforcer de combattre le dérèglement des fonctions nerveuses.

Malheureusement, quand les parents, et surtout la mère, sont eux-mêmes hystériques ou neurasthéniques, ils sont bien peu capables de donner cette éducation, qui requiert le calme, un mélange de douceur et de fermeté. En pareil cas, il vaudra mieux pour l'enfant que ses parents confient à d'autres le soin de diriger son jeune esprit.

Aux prédisposés à l'hystérie il faut imposer une règle de vie méthodique, l'habitude du travail coupé par des distractions physiques ; dans les lectures, bannir autant que possible les écrivains qui ne s'adressent qu'à l'imagination et à la sensibilité ; éviter les occasions de faire naître des émotions vives, tristes ou terrifiantes, ou attendrissantes. L'ennui et la monotonie sont à éviter aussi bien que l'excès des plaisirs ; on trouve autant de filles hystériques dans les mornes ouvroirs que dans les salons mondains ou les pensionnats à la mode.

L'approche de la puberté est une occasion d'éclosion de l'hystérie, et même chez les fillettes sans prédisposition héréditaire accusée, la névrose peut se montrer alors d'une façon peu durable et sous des formes atténuées.

Quand il existe chez une enfant hystérique des symptômes d'anémie, il faut commencer par instituer le traitement tonique, dont la vie au grand air, les inhalations d'oxygène, l'arsenic,

les préparations martiales forment les bases.

On prescrit simultanément l'hydrothérapie, les lotions froides, ou douches en colonne horizontale, les bains sulfureux.

Dans les formes d'hystérie où prédominent les phénomènes d'excitation, on utilisera plutôt l'enveloppement général dans le drap mouillé, le maillot partiel humide, la douche en pluie, ou l'hydrothérapie tiède ; la balnéation tiède, bains de tilleul prolongés.

On a fait un grand abus des bromures dans le traitement de l'hystérie convulsive et même des accidents hystériques sans éclampsie. Nous ne pensons pas qu'on puisse demander aux préparations bromiques autre chose que la sédation très passagère de la surexcitation cérébro-spinale.

Comme antispasmodiques, nous plaçons bien au-dessus les préparations de *valériane* (valérianate de zinc, de quinine, extrait et poudre de valériane en pilules, en lavements, en bains) ; la *strychnine* nous a rendu de bien grands services pour combattre le dérèglement des grandes fonctions nerveuses.

L'électrothérapie, principalement sous la forme d'électricité statique, fournit aussi de bonnes armes.

Enfin, dans tous les cas où de graves accidents hystériques, d'ordre psychique surtout, résistent aux moyens précédents, l'*isolement* des enfants, leur transfert hors de la famille ou du milieu habituel dans un milieu radicalement différent, notamment dans une maison de santé, sous la direction d'un médecin rompu au traitement des névroses, voilà l'ultima ratio. Ce dernier moyen est plus spécialement merveilleux contre l'*anorexie*, les *vomissements incoercibles*, certains *spasmes* toniques.

Le rôle principal du médecin, lorsqu'il tient ainsi à sa discrétion l'enfant, est d'exercer sur lui une *suggestion* contraire à celle que trop souvent il avait reçue d'un mauvais entourage ou à ses auto-suggestions.

Quand il existe des anesthésies hémiplégiques ou partielles, des monoplégies, des hémiplégies ou paraplégies, on doit recourir aux nombreux *moyens æsthésiogènes* : aimants, métallothérapie, transfert.

Les *attaques convulsives* ne requièrent que peu de moyens immédiats : la compression ovarienne ou celle du nerf sus-orbitaire.

Manie.

On tiendra l'enfant dans une pièce peu éclairée, à température fraîche ; on fera le silence autour de lui et on ne laissera près de lui que les personnes indispensables. On ne discutera pas avec le malade et on ne le contredira pas dans ses divagations.

On lui fera prendre deux *bains* tièdes de tilleul par jour, prolongés pendant trois quarts d'heure à une ou deux heures. Si la crise est d'une grande violence, on appliquera de la glace sur la tête ; mais cela suppose l'immobilisation par une camisole et cette contention ne peut être employée que pendant peu de temps sans inconvénients.

On administrera, tous les deux ou trois jours pendant l'accès, un *purgatif drastique* (aloès, scammonée).

Si les enfants refusent de s'alimenter, on les nourrira avec la sonde introduite par le nez (au moyen de peptones, poudres de viande, lait et œufs crus).

Comme calmants, on associera les bromures, le chloral, le chanvre indien.

	SUIVANT L'AGE
Bromure de potassium...	}
Bromure de sodium......	} ââ 1 à 3 gr.
Bromure d'ammonium...	}
Hydrate de chloral.......	0.50 à 2 gr.
Teinture de cannabis indica	0.50 à 1 » 50
Sirop de menthe..........	30 gr.
Julep gommeux..........	120 gr.

A faire prendre en 24 heures.

S'il y a de la fièvre, on donnera la *quinine* (surtout le valérianate). On aura recours aussi à la quinine préventivement dans certains cas d'accès maniaques à périodicité régulière ; quand j'étais l'interne de Legrand du Saulle à la Salpêtrière, je me souviens d'avoir vu une fillette sujette à des accès de manie qui revenaient assez exactement toutes les trois semaines. L'accès n'apparaissait pas, si on prenait soin de donner, trois ou quatre jours avant la date ordinaire, une dose quotidienne de quinine. S'il arrivait qu'on oubliât de le faire, l'enfant avait un accès de trois à cinq jours, au cours duquel la quinine n'agissait plus.

Dans l'intervalle des accès de manie, on instituera un traitement prophylactique, dont la vie au grand air, les distractions physiques, l'absence d'excitation cérébrale et l'hydrothérapie froide seront les bases.

Migraine.

Chez les enfants issus de souche neuro-arthritique, surtout chez les filles de mères hystériques et sujettes elles-mêmes à la migraine, cette névrose apparaît quelquefois d'assez bonne heure.

Manifestation de l'hystérie précoce, elle sera attaquée dans sa cause (voy. Hystérie).

En outre, la mauvaise hygiène des enfants riches élevés d'une manière molle, la sédentarité avec veilles, les travaux scolaires, la mauvaise hygiène de la vue (défectueux éclairage, caractères trop fins ou peu nets), d'où l'asthénopie accommodative, sont des causes à rechercher pour y porter remède.

La chlorose, l'impaludisme, la syphilis seront aussi cherchés et, s'ils existent, combattus.

Le mauvais fonctionnement du tube digestif, notamment la dilatation de l'estomac et la constipation, donnent la clef du traitement de bon nombre de céphalées migrainiformes.

La rhinite chronique, l'hypertrophie amygdalienne avec végétations adénoïdes, la dentition défectueuse et la carie sont encore des facteurs de migraine.

D'où les principales indications : hygiène alimentaire et générale régularisée (suppression des veilles, exercice en plein air).

Révulsion locale : stypage, massage, vésicatoires, électricité statique.

Médicaments nervins : antipyrine, quinine, valérianates, bromures ; toniques (arsenic, fer) ; ou les alcalins (chez les arthritiques).

Au moment de l'accès, l'enfant sera tenu dans l'isolement et l'obscurité, à la diète qui sera facilement acceptée, puisqu'à l'ordinaire il y a un

état nauséeux et souvent des vomissements, auxquels on opposera une eau alcaline glacée.

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Délégués et correspondants de la Charente-Inférieure.

Nous commençons, aujourd'hui, la publication des cadres de l'Association en province. En adressant, à notre confrère, M. le Dr Rigabert, nos remerciments et nos félicitations pour l'activité déployée et les résultats obtenus, nous nous plaisons à espérer que son exemple sera suivi, à bref délai, pour le plus grand bien de l'Œuvre.

Organisation de la Charente-Inférieure.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL

M. le Dr Rigabert, de Surgères, premier membre de l'Association amicale dans le département, membre du Concours médical.

CORRESPONDANTS

Arrondissement de la Rochelle.

M. le Dr Pichez (La Rochelle), membre de la Société locale et du Concours.

M. le Dr Neveur (St-Martin-de-Ré) membre du Concours médical.

Arrondissement de Rochefort.

M. le Dr Duhallé (Rochefort), Délégué à la Commission administrative de la Société locale, membre du Concours.

Arrondissement de Saint-Jean-d'Angély.

M. le Dr Rogée (Saint-Jean-d'Angély), membre du Concours et de la Société locale.

Arrondissement de Marennes.

M. le Dr Guillon (La Tremblade), membre du Concours et de la Société locale.

M. le Dr Pineau (château d'Oléron, Ile d'Oléron), membre du Concours.

Arrondissement de Saintes.

M. le Dr Desménard (Saintes), membre du Concours et de la Société locale.

M. le Dr Bobria (Cozes), Vice-Président du Syndicat de la Seudre, membre du Concours.

Arrondissement de Jonzac.

M. le Dr Sostrat (Mirambeau), membre de la commission administrative de la Société locale, membre du Concours.

M. le Dr Vigen (Montlieu), membre du Concours.

N. B. Ceux de nos confrères de la Charente-Inférieure qui désireront entrer dans l'Association amicale, sont priés d'indiquer sur leurs formules d'adhésion *les noms des correspondants* dont la résidence est la plus rapprochée de la leur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Déontologie médicale.

M. le professeur Grasset, de Montpellier, publiant la seconde édition de son ouvrage : *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, a eu l'heureuse idée de tracer les règles déontologiques, qui doivent présider aux relations des médecins entre eux.

Nous savons bien qu'on répète sur tous les tons que la déontologie médicale n'a pas besoin d'être enseignée *ex cathedrâ*, qu'elle s'enseigne par l'exemple, qu'elle n'est en somme qu'une question de savoir-vivre. Nous n'en demeurons pas moins convaincus qu'il est utile que, de temps à autre, une parole autorisée rappelle ces règles de savoir-vivre qui s'oublient trop souvent et parmi les exemples que fournissent les médecins montre ceux qu'il convient de suivre.

Tout d'abord M. le professeur Grasset formule une déclaration de principes contre laquelle nul ne saurait protester :

La médecine et les médecins ne seront honorés et estimés à leur valeur que si les médecins eux-mêmes donnent l'exemple de la considération réciproque et suivent scrupuleusement, dans leurs rapports mutuels, les règles de haute convenance que la coutume, à défaut de la loi, impose à la conscience de chacun.

Il est évident que si, toujours et en toute circonstance, le médecin avait cette maxime présente à l'esprit, les bons procédés confraternels découleraient d'eux-mêmes. Mais la perfection n'est pas de ce monde, et M. Grasset ajoute immédiatement :

Il est regrettable qu'il n'existe pas un Conseil de l'ordre dans notre corporation.

Les associations et les syndicats se fondent en général pour la défense de nos droits : il serait bon que nous leur reconnaissions le pouvoir de surveiller l'exécution de nos devoirs.

Nous souscrivons, pour notre part, pleinement à ce vœu et nous estimons que l'autorité morale d'un syndicat sera d'autant plus grande qu'il ne bornera pas son action à la défense des droits de ses membres et qu'il se préoccupera de leurs devoirs et de la manière dont ils les remplissent.

Un ordre des médecins aurait certes des avantages, mais il pourrait aussi présenter de sérieux inconvénients, aussi le corps médical est-il loin d'être unanime pour le réclamer.

Mais les syndicats médicaux peuvent faire ce que ferait l'ordre et il leur appartient de montrer qu'ils ont cette possibilité.

M. le professeur Grasset entre ensuite en matière et s'occupe des médecins traitants tout d'abord :

Médecins traitants.

1. Nul ne doit entrer comme médecin dans une maison, sans être préalablement assuré qu'il n'y a pas déjà de médecin traitant.

Les seules exceptions ou restrictions à ce principe sont indiquées dans les trois paragraphes (2, 3 et 4) qui suivent.

2. En cas d'urgence absolue, si on se trouve plus près du malade que le médecin ordinaire ou en cas d'urgence simple, si le médecin ordinaire est absent ou empêché, on doit aller visiter le malade qui appelle et faire telles prescriptions que l'on croira convenables.

Mais on ne doit faire que cette seule visite d'urgence ; on ne doit pas revenir dans la maison, même pour prendre des nouvelles du malade (sans faire de prescription), si on n'y est pas formellement invité par le médecin traitant.

On recommandera à la famille de communiquer

au médecin traitant la visite d'urgence qui a été faite et les prescriptions qui ont été laissées.

Si on soupçonnait que cette visite pût être dissimulée ou dénaturée auprès du médecin ordinaire, on ferait bien de le prévenir soi-même, de vive voix ou par écrit.

Sans que ce soit un devoir strict pour lui, le médecin traitant fera bien de convoquer à une très prochaine visite commune le confrère qui a bien voulu faire la visite d'urgence.

Le médecin traitant devra veiller à ce que les honoraires de son confrère soient réglés avant les siens ou tout au moins au même moment.

3. Lorsque le médecin ordinaire est malade, on peut aller voir le client qui vous appelle et continuer à le soigner pendant la durée de la maladie du confrère

Sans que ce soit un devoir strict, il est bien de prévenir le confrère malade et même, si son état de santé le permet et si la maladie du client est importante, d'aller de temps en temps l'entretenir du cas, afin qu'il puisse conserver la pensée ou l'illusion d'une certaine intervention dans le traitement.

Dès que le médecin ordinaire a recouvré la santé, il faut lui remettre, dans une visite commune, le client soigné en son absence.

A moins de conventions contraires, les honoraires devront, en général, être intégralement payés au médecin ordinaire malade que l'on a remplacé. Ceci n'est pas cependant un devoir strict.

Lorsque le médecin ordinaire est absent pour un certain temps, on peut voir et suivre ses malades, à condition de les lui remettre, dans une visite commune, dès son retour.

4. Un client peut vouloir changer de médecin.

S'il s'agit d'une maladie non encore traitée ou traitée par un médecin mort, ou traitée seulement hors de la ville que l'on habite, il n'y aucune difficulté et on se rend à l'appel du malade.

S'il s'agit d'une maladie en cours de traitement sous la direction d'un confrère, il faut, avant de faire aucun acte médical, exiger que la volonté formelle de changer de médecin ait été exprimée positivement au médecin traitant (qui cesse par suite absolument ses visites).

Dans un certain nombre de cas, on pourra, avant de prendre la direction du traitement, exiger que les honoraires du précédent médecin traitant aient été réglés.

Toutes les fois qu'on soupçonnera la famille de vouloir dissimuler ou fausser la situation, on devra prévenir soi-même le médecin précédent de vive voix ou par écrit.

5. Dans tous les cas prévus dans les trois paragraphes précédents, on prescrira suivant sa conscience, mais on s'abstiendra toujours de toute critique, ouverte ou détournée, de la conduite du médecin que l'on remplace ou à qui l'on succède.

Les familles dissimulant ou faussant souvent la vérité, par ignorance ou par mauvaise foi, il est important de ne jamais accuser un confrère d'avoir contrevenu à notre principe 3, sans être assuré par soi-même qu'il a été réellement prévenu des circonstances qui rendent son attitude incorrecte.

BULLETIN DES SYNDICATS

Le syndicat de *Saint-Calais* a cessé d'exister et de faire partie de l'Union le 24 janvier, après 10 ans de fonctionnement. Le président, Dr Charbonnier, en nous faisant part de cette fâcheuse nouvelle, nous dit : « L'indifférence est la grande cause de cette disparition. On a ensuite, pour prétexte, la fondation récente d'un syndicat départemental qui ne fera pas mieux, je le crains, et qui aura le grand désavantage de tenir sous sa dépendance les autres syndicats de la *Sarthe*, quand, à mon avis, ce serait la fédération des syndicats qui devrait se constituer par des délégués. Les déplacements seraient plus faciles pour eux que pour les syndiqués du département, etc.... »

Nous estimons en effet, que c'est du simple au composé qu'il faut procéder et que le syndicat départemental ne doit être qu'une résultante et non un début.

La Réunion du *Bureau de l'Union*, fixée d'abord en janvier, puis au 5 février, enfin au 15 du même mois (espérons que cette date est définitive), a pour ordre du jour un grand nombre de questions, dont une seule suffirait, à la rigueur, à occuper la séance. Qu'on en juge :

1° Organisation et fonctionnement de l'Union ;
2° Exercice de la médecine sur les frontières ;
3° Commission chargée de se concerter avec la Ligue de la mutualité ;
4° Nouvel examen du projet de loi sur la pharmacie.
5° Service militaire des étudiants en médecine.

Nous conseillerions volontiers, de ne pas s'occuper, notamment, de la question du *Service militaire des étudiants en médecine*. Le *Syndicat de la presse médicale* où M. Cézilly a soulevé la question, en 1893, a fait tout le nécessaire et il est représenté, au Conseil supérieur de la guerre, par son président, M. Cornil. M. de Freycinet, qui le préside, est favorable. Il ne faudrait pas que des démarches intempestives, des demandes accessoires, puissent compromettre ce qui est en bonne voie. Tout d'ailleurs a été dit sur le sujet.

Le premier *Bulletin de l'Union des Syndicats* qui n'a pu être publié en décembre, a paru en janvier, et on nous annonce qu'il sera publié le 1er de chaque mois. La livraison de janvier renferme le compte rendu de l'Assemblée générale des délégués du 19 novembre. Le siège de l'*Union* est désormais 28, rue Serpente, et le *Bulletin* est adressé à tous les Membres des Syndicats adhérents à l'Union.

Il contient en outre, les modifications apportées aux statuts de l'Union et les noms de tous les syndicats adhérents, avec ceux des Présidents, Secrétaires et Trésoriers. Nous publierons cette liste au prochain *Bulletin des Syndicats*. Voici les statuts modifiés.

Statuts de l'Union des Syndicats.

TITRE 1er.

Union des Syndicats. — Son objet. — Son siège.

Article 1er. — A dater de l'entrée en vigueur de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, il est institué une Union entre les Syndicats médicaux de France régulièrement constitués, conformément à la loi du 21 mars 1894, qui auront adhéré aux présents statuts.

Elle prend le titre d'*Union des Syndicats médicaux de France*.

Art. 2. — La durée de cette Union est illimitée ; son siège est à Paris.

Art. 3. — Cette Union a pour but l'étude de toutes les questions professionnelles intéressant le corps médical français, et la poursuite des

modifications et améliorations légitimes qu'il réclame par l'organe de ses Syndicats.

Art. 4. — L'Union prête son appui matériel et moral aux Syndicats adhérents.

En cas de poursuite judiciaire intentée par un Syndicat dans un intérêt local, l'Union des Syndicats, si les ressources du syndicat sont insuffisantes, participe dans les limites nécessaires aux frais de poursuite, à la condition expresse, cependant, que le bureau de l'Union ait donné un avis favorable à ladite poursuite.

L'Union se charge des procès engagés en vue d'une question qui touche l'intérêt général sous la même condition que le bureau ait donné un avis favorable.

Art. 5. — Toute discussion étrangère au but et à l'objet de l'Union est rigoureusement interdite.

TITRE II.

Agrégation des Syndicats à l'Union. — Radiation.

Art. 6. — Tout Syndicat qui veut s'agréger à l'Union doit :

1° Adresser au Secrétaire Général :
Un exemplaire de ses statuts ;
La liste de ses membres ;
Une délibération régulière de l'Assemblée générale de ses membres, déclarant adhérer à l'Union et accepter ses statuts et règlements.

2° Verser entre les mains du Trésorier la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Art. 7. — Tout Syndicat qui veut se retirer de l'Union doit pareillement adresser au Secrétaire Général, une délibération régulière de l'Assemblée Générale de ses Membres déclarant qu'il cesse de faire partie de l'Union.

Art. 8. — Tout Syndicat qui ne verserait pas à la Caisse de l'Union les diverses contributions prévues par les présents statuts peut être rayé de la liste des Syndicats adhérents, par l'Assemblée Générale de l'Union.

TITRE III.

Administration. — Bureau de l'Union.

Art. 9. —L'Union des Syndicats est représentée par un Bureau de neuf Membres nommés par l'Assemblée générale au scrutin secret et à la majorité des Membres présents. Ce bureau se compose d'un Président, de quatre Vice-Présidents, d'un Secrétaire général, de deux Secrétaires et d'un Trésorier.

Font partie de droit du bureau, les présidents d'honneur et les anciens présidents de l'Union.

Art. 10. — Le président est élu pour deux années ; il est rééligible une fois. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles.

Art. 11. — Le Bureau se réunit, sur la convocation du Président de l'Union, aussi souvent qu'il est nécessaire.

Il est assisté d'un Conseil judiciaire qui prend rang à ses séances avec voix consultative.

Art. 12. — Le Bureau étudie les moyens pratiques de réaliser les vœux formulés par les divers Syndicats et fait toutes les démarches nécessaires pour obtenir ce résultat.

Il signale aux Syndicats adhérents les questions dont la solution immédiate lui paraît la plus urgente ; mais, respectueux de l'individualité et de l'autonomie des différents Syndicats, il reçoit tous les documents et étudie toutes les questions que ceux-ci jugent à propos de lui soumettre. De plus, il se tient à la disposition des Syndicats pour leur fournir les renseignements dont ils ont besoin. Le cas échéant, il institue des Commissions pour l'étude des questions spéciales.

Art. 13. — Le Bureau présente un compte rendu de ses travaux à l'Assemblée générale annuelle.

TITRE IV.

Assemblée générale. — Délégués.

Art. 14. — Chaque année, il est tenu une assemblée générale de l'Union des Syndicats :

Cette assemblée comprend :
1° Les membres du Bureau de l'Union ;
2° Les délégués des Syndicats adhérents.

Tout Syndicat comptant de un à cinquante membres nomme un délégué ; de 51 à 100 membres deux délégués ; de 101 à 200, trois délégués, et un délégué de plus par cent membres ou fraction.

Les délégués doivent être munis de pouvoirs réguliers.

Le vote par correspondance est interdit.

Art. 15. — Les délégués ne peuvent se faire représenter à l'Assemblée générale.

Cependant, si tous les délégués d'un même Syndicat n'assistaient pas à la Séance, le délégué présent disposera, lors des votes, du nombre de voix attribué au Syndicat : 1 voix de 1 à 50 membres ; 2 voix de 51 à 100 ; 3 voix de 101 à 200 et ainsi de suite.

TITRE V.

Bulletin.

Art. 16. — Il sera publié un organe appelé *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, qui sera adressé à tous les membres des Syndicats adhérents.

TITRE VI.

Caisse de l'Union. — Trésorier.

Art. 17. — Pour subvenir aux frais de l'*Union des Syndicats*, tels que : réunions du Bureau, études des questions diverses et démarches qu'elles nécessitent, rédaction, impression et envoi du Bulletin, etc., etc., il est institué une caisse alimentée par : 1° un versement annuel de chacun des syndicats adhérents à raison de deux francs par membre ; 2° des dons volontaires.

Art. 18. — Pour subvenir aux dépenses nécessitées par les actions judiciaires auxquelles participera l'Union, comme il est dit dans un article précédent, les syndicats auxquels elle sera venue en aide, devront verser, à la caisse de l'Union, la moitié des dommages-intérêts qu'ils auront obtenus en se portant partie civile dans ces affaires.

Au cas où la caisse de l'Union serait épuisée, une cotisation supplémentaire pourra être demandée aux syndicats adhérents.

Art. 19. — Le trésorier encaisse les sommes provenant de ces diverses sources et en délivre récépissé.

Il solde les dépenses autorisées par le Bureau.

ART. 20. — Le trésorier fait connaître l'état de la caisse à chaque réunion du Bureau. De plus, il rend compte de sa gestion, chaque année, à l'Assemblée générale.

TITRE VII.

Dissolution. — Modifications aux Statuts. — Règlements intérieurs.

ART. 21. — La dissolution de l'Union ne pourra être prononcée que par une Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois *quarts* des membres présents.

Cette Assemblée déciderait de l'emploi des fonds existant en caisse ou placés au moment de la dissolution.

ART. 22. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion si elle n'a pas été soumise au Bureau de l'Union deux mois au moins avant l'époque fixée pour l'Assemblée Générale et inscrite à l'ordre du jour de cette assemblée. Elle devra dans tous les cas être réclamée par plusieurs syndicats.

ART. 23. — Des règlements particuliers, adoptés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux énoncés dans les présents statuts.

TITRE VIII.

Article transitoire.

ART. 24. — A titre transitoire :

1° Les médecins qui n'ont pas de Syndicats dans leur région.

2° Les médecins agrégés à des Syndicats qui n'ont pas donné leur adhésion à l'Union sont admis à faire individuellement partie de l'Union.

Ils verseront la cotisation annuelle prévue par les présents statuts.

Comme tous les Membres des Syndicats adhérents, ils peuvent assister aux Assemblées générales ; mais ils ne peuvent être représentés par des délégués que s'ils se sont constitués en Syndicat régulier.

REPORTAGE MÉDICAL

Parmi les membres du Concours qui ont reçu des distinctions honorifiques, nous avons pu noter :

LÉGION D'HONNEUR : chevalier, M. le docteur *Guyon*, de Remiremont.

OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE : MM. *Sicard*, de Béziers ; *Joyeux*, de Mirecourt ; *Lepagnole*, de Besançon.

OFFICIERS D'ACADÉMIE : MM. les docteurs *Alirol*, du Puy ; *Bénard*, de Paris ; *Collinot*, de Coulonges-sur-Yonne ; *Delineau*, de Paris ; *Gendre*, de Toulouse, *Hamaide*, de Fumay ; *Maestrati*, de Paris ; *Moulinier*, d'Excideuil ; *Petitfour*, de Ferrières ; *Roland*, de Laforce ; *Simon*, de Quarré-les-Tombes.

— *Danger du chauffage des voitures au moyen de briquettes*. — L'Académie vient de s'occuper de cette intéressante question à la suite d'une communication de M. Brouardel qui relate deux accidents graves, l'un même terminé par la mort, dus à l'empoisonnement rapide que détermine l'oxyde de carbone dans les voitures chauffées au moyen de briquettes.

La discussion s'est terminée par le renvoi à la commission du vœu suivant de M. Proust : « L'Académie, considérant les accidents graves et quelquefois mortels qui sont dus aux procédés de chauffage employés actuellement dans les voitures publiques, exprime le vœu que ces procédés soient modifiés de façon que les gaz toxiques ne puissent pénétrer dans les voitures. »

Il nous semble qu'il y a un an, à la suite de quelques accidents mortels, le Préfet de Police avait prescrit de ne plus employer les briquettes dans les voitures. Comment se fait-il que cette prescription n'ait pas été mise en vigueur cette année ? Toutes les voitures publiques sont en effet chauffées par des briquettes ; et il est prudent de ne pas fermer complètement la vitre mobile, quelque froid qu'il fasse.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

QUINQUAUD, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — **Thérapeutique clinique et expérimentale.** In-8° carré de 350 pages environ, avec figures. 10 fr.

Ceci est de la moelle scientifique. Le savant et infatigable médecin de Saint-Louis n'a pas oublié ses premières études et ses primitives recherches sur la chimie biologique. Il est convaincu que c'est seulement par l'examen et par la critique des réactions obtenues dans le grand laboratoire de l'organisme, que la médecine surprendra le secret de guérir. L'observation de la vie est peut-être la meilleure sauvegarde contre la mort. C'est du moins l'idée générale qui ressort de la lecture de ce livre si laborieusement pensé.

Que le lecteur ne s'imagine pas y trouver des floritures ou des aperçus vagabonds, il se tromperait étrangement. C'est le fait vital enregistré et commenté. C'est l'observation dans sa scientifique nudité et sous son aride sécheresse. Mais combien suggestive est cette lecture ! A ceux qui cherchent les secrets du « comment », je conseille de méditer ce volume. D[r] L.-E. M.

Pour permettre à MM. les membres du Concours médical de posséder le livre qui résume les principaux travaux du maître disparu, la Société d'Editions Scientifiques accorde 50 °/o de réduction, soit 5 fr. net franco.

Mères et nourrices. Conseiller de la jeune femme, par le D[r] Léon CASSINE, de Saint-Quentin.

Bien des auteurs ont abordé ce sujet, peu l'ont traité d'une façon aussi concise et aussi complète. Ce qu'il y a de vraiment remarquable dans ce petit livre, c'est la clarté de sa distribution, la limpidité correcte de sa rédaction, l'art avec lequel ont été agencés les chapitres. On le lit sans fatigue, avec charme, et si l'on a besoin d'un avis, d'un conseil précis, une table alphabétique ingénieuse vous évite la moindre recherche.

Cet ouvrage pratique est donc essentiellement utile. En lire la table des matières, c'est se décider à l'acheter et à le consulter tous les jours :

I. De la grossesse. — II. Soins à donner à la mère pendant et après l'accouchement. — III. Soins à donner à l'enfant nouveau-né. — IV. Allaitement par la mère. — V. Allaitement par une nourrice. — VI. Allaitement artificiel. — VII. Sevrage. — VIII. Hygiène de l'enfance. — IX. Médecine infantile. Prix *franco* 3 fr. contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 6 10 Février 1894



LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

La *proposition Cornil* n'a pas de chance, elle arrive à un moment intempestif : celui où nos effectifs annuels sont inférieurs, à ceux d'un pays voisin, de 30.000 hommes. Le ministre au lieu d'accroître les sursis d'appel, se propose de les restreindre ; il estime que les jeunes docteurs en médecine qui feraient leur année de service, ne pourraient l'accomplir utilement qu'*en qualité d'officiers* et qu'il faudrait les payer ; que le privilège qu'on leur donnerait, ouvrirait la porte à des réclamations en faveur des séminaristes.

M. *Cornil* a répondu à ces objections : On appellera les jeunes docteurs comme soldats ; ils feront en cette qualité un certain temps de leur année pour apprendre la discipline (cette période ne devra pas être longue !); ils apprendront ensuite le métier d'infirmier (ce métier ils doivent le savoir, puisqu'on le leur enseigne dans les hôpitaux !), et enfin, ils apprendront tout ce qui concerne le service médical de l'armée.

Un membre de la Commission sénatoriale a alors objecté au ministre que le nombre des médecins militaires était absolument insuffisant, comme le prévoyait la loi des cadres, dont le vote a été ajourné en ce qui concerne le service médical.

En présence de la résistance du ministre, la Commission, en majorité, a décidé de tenter une nouvelle démarche pour obtenir l'*augmentation des cadres du service de santé de l'armée* et la *réglementation de l'année que les jeunes docteurs passeraient sous les drapeaux.*

C'est un minimum ; *nous espérons qu'il ne sera pas accepté* et qu'alors le *Sénat*, et ensuite la *Chambre*, comprenant que les médecins sont dans une situation exceptionnelle ; que seuls ils remplissent à l'armée, en temps de guerre, le rôle qu'ils jouent dans la vie civile, voteront le service d'un an pour les jeunes docteurs, en qualité d'officiers, avec la solde du grade. On aura ainsi, chaque année, cinq cents médecins militaires expérimentés.

En *Crimée*, la France a perdu *cent mille hommes* ; la Russie plus de *six cent mille*.

Avec les millions de soldats qui lutteront sur les prochains champs de bataille, le nombre des blessés et des malades sera tel, qu'on ne peut comprendre qu'on puisse marchander le nombre des médecins appelés à atténuer ces horribles hécatombes, quand, d'autre part, tout le monde reconnaît que nos quinze cents médecins militaires sont absolument insuffisants, pour les besoins de l'armée, même en temps de paix !

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des pleurésies purulentes chroniques.

M. *Delorme*, du Val-de-Grâce de Paris, vient de relater à l'Académie une intéressante observation concernant le traitement des pleurésies purulentes chroniques par un procédé opératoire nouveau.

Cette méthode de traitement paraît devoir, dans une mesure que l'avenir précisera, remplacer l'opération d'Estlander, en tout cas, prendre le pas sur elle.

D'une façon sommaire, cette méthode consiste : 1° dans l'ouverture large et momentanée du thorax par la formation d'un large volet thoracique ; 2° dans la recherche et l'ablation de la fausse membrane qui encapsule le poumon et le fixe dans la gouttière vertébrale. Le poumon dégagé, le volet est refermé ; il se soude à la paroi à laquelle il se réunit par première intention et l'opéré guérit de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

Des différences capitales séparent cette méthode de l'opération d'Estlander ou de ses dérivées. Ceux qui pratiquent cette dernière opération dans les *grands empyèmes avec rétraction considérable* du poumon ne poursuivent qu'un but : *oblitérer une vaste cavité suppurante à parois rigides*. Considérant le retrait du poumon comme un fait malheureusement acquis, comme une condition pathologique qu'un acte chirurgical est incapable de modifier, ils refoulent vers le poumon pour eux à jamais perdu la paroi thoracique assouplie par l'excision de ses côtes ou mobilisée au maximum par une excision costale combinée avec des sections de la portion de paroi réduite à ses parties molles. Toute différente et bien autrement conservatrice est la méthode de Delorme. « Partant de cette donnée, dont l'importance a été jusqu'ici méconnue, à savoir qu'un poumon bridé, encapsulé par une fausse membrane continue, épaisse, inextensible, n'est cependant pas incapable de reprendre son intégrité fonctionnelle, je m'attaque à la coque pulmonaire, je l'excise, j'en débarrasse le poumon, lequel, reprenant son volume normal, comble la cavité intra-thoracidue. L'opération d'Estlander fait bon marché d'une paroi désormais inutile ; je ne compromets, pour ma part, que d'une façon temporaire, l'intégrité de cette paroi dont le fonctionnement est nécessaire à celui du poumon. L'opération ancienne considère comme perdue la moitié du champ respiratoire ; la méthode nouvelle rétablit en entier ce dernier. »

M. Delorme affirme :

1° Qu'il est possible et facile de libérer tout un poumon de la fausse membrane, qui l'entoure, alors même que l'opération est faite longtemps après le début de l'empyème ;

2° Que cette méthode est applicable non seulement à droite, mais aussi à gauche, qu'elle est, de ce côté, sans danger, à condition de libérer d'abord le poumon aussi en arrière que possible ;

3° Que cette méthode est plus rationnelle et plus conservatrice que celle d'Estlander et qu'elle doit lui être tout d'abord préférée. En cas de réussite, elle amène l'oblitération de la cavité, en permettant au poumon de reprendre sa place et son fonctionnement. En cas d'insuffisance, le volet thoracique, privé ou non de ses côtes, peut mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement privée de ses côtes et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander.

Cette opération produit le maximum d'effet utile avec le minimum de dégâts.

Traitement de la syphilis.

Voici, d'après *M. Coffin*, dans la *Gazette Hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, quelle doit être la ligne de conduite d'un praticien en présence d'un cas de syphilis à traiter :

Ou bien le malade est un tout jeune enfant, ou bien c'est un enfant déjà d'un certain âge, un adolescent, ou un individu complètement développé.

Si l'enfant est en bas âge, et par là nous le considérons depuis sa naissance jusqu'au moment de sa première dentition, le mode d'administration le meilleur consiste dans les frictions. Certains auteurs ont préconisé, il est vrai, d'autres moyens : le calomel à l'intérieur, les bains de sublimé, les emplâtres, voire même les injections. M. Fournier recommande les frictions cutanées ; en 1873, M. Panas indiquait aussi ce procédé comme le meilleur et disait qu'il devait être le seul exclusivement employé. En effet, les accidents de la syphilis héréditaire précoce non seulement sont graves, mais encore ils le sont à brève échéance ; il faut donc agir promptement. Deuxième point : les frictions sont très bien supportées chez l'enfant qui ne salive pas ; on n'a donc pas à redouter chez lui la stomatite mercurielle, cet écueil au premier chef de la méthode des frictions chez l'adulte. Que l'on compare en effet les chiffres : 4 grammes par jour d'onguent napolitain constituent la dose moyenne d'un adulte ; or, elle est de 1 gr. 50 à 2 grammes chez un enfant nouveau-né. Si en regard de ces chiffres on place ceux qui indiquent respectivement le poids d'un enfant de cet âge et celui d'un homme fait, on voit qu'il n'y a aucune proportion. Enfin, si l'on doit autant que possible sauvegarder l'intégrité du système digestif chez l'homme arrivé à son complet développement, cela est encore bien plus urgent chez l'enfant, que le moindre trouble de ces fonctions peut rapidement mener à l'athrepsie.

Supposons maintenant que nous ayons à traiter un individu d'un certain âge déjà. Deux cas peuvent se présenter : le cas est grave, et l'on n'est pas maître de choisir tel ou tel moyen ; au contraire, la vérole est ordinaire ; on est maître du choix du médicament qui sera dicté par d'autres considérations. Dans les cas urgents, on ne peut discuter sur le choix du procédé : pas de moyens lents ou douteux, mais sûrs et rapides. On ne doit avoir en vue qu'une seule chose : la vie du malade. Les médications à mettre alors en vigueur sont les frictions et les injections ; leurs inconvénients, leurs dangers, s'effacent devant l'impérieuse nécessité de devancer le mal. Certains syphiligraphes recommandent même d'aller jusqu'à un commence-

ment de salivation. Mais, tout naturellement, il est indiqué de revenir à une pratique plus douce lorsqu'on a frappé un grand coup et prévenu une catastrophe. C'est surtout lorsqu'on redoute des accidents viscéraux, notamment encéphaliques ou médullaires, que cette règle s'impose. Quant à savoir celui des deux procédés qu'il faut choisir, la réponse est à peu près impossible à formuler ; c'est un peu une affaire d'idiosyncrasie — de la part de celui qui traite.

Supposons, au contraire, une vérole d'intensité moyenne. Quelle est alors la raison que l'on doit prendre en considération ? Ce sera l'état des voies digestives. L'infection exerçant déjà une action débilitante sur l'organisme, il est urgent de conserver une place forte : le tube digestif. Par conséquent, si le malade a un estomac dont les fonctions s'accomplissent mal, on ne doit pas lui occasionner un surcroît de fatigue et user son peu d'activité en lui administrant du mercure. On le donnera alors par d'autres moyens : frictions par exemple, ou injections, mais en le faisant prendre naturellement à doses moindres que lorsqu'il s'agit d'un cas grave. Il est bien évident qu'on agira encore de même si, après avoir cru pouvoir administrer le mercure par la bouche, on s'aperçoit qu'il est mal toléré.

Un cas particulier du précédent est le suivant: un syphilitique est atteint en même temps d'une autre affection qui nécessite l'emploi de médicaments internes. Ici encore il faudra donner le mercure autrement que par l'ingestion stomacale, car il contribuerait à augmenter la fatigue de l'estomac, et parce qu'il pourrait peut-être dans quelques cas former avec eux dans l'organisme des composés dangereux ou tout au moins sans effet. Si, au contraire, avec une syphilis d'intensité moyenne, on a affaire à un sujet vigoureux, on donnera le mercure par les voies internes. On agira encore de même au début du mal : « Il est impossible, dit M. Fournier, de porter au commencement un pronostic ferme sur la façon dont la maladie évoluera. » On doit donc commencer par agir doucement, et procéder en avançant selon les indications.

Si on se décide pour l'absorption stomacale, on n'oubliera pas que le proto-iodure fatigue moins l'estomac que le sublimé, mais est un peu plus irritant pour les gencives, et l'on agira en conséquence d'après l'état de l'estomac et de la muqueuse buccale, en se rappelant toutefois qu'un peu de stomatite est moins nuisible pour l'organisme que la gastralgie et la dyspepsie, et se combat plus aisément.

La lithiase biliaire.

D'après le Dr *Plicque* (1), le traitement des lithiasiques biliaires en dehors des accès de coliques hépatiques, doit être dirigé dans le but :

1° D'amener l'évacuation des calculs encore contenus dans la vésicule ; 2° d'empêcher la formation de nouveaux calculs.

1° *Evacuation des calculs.* a) Moyens médicaux. — L'huile d'olive constitue encore le meilleur des moyens à employer. Elle sera donnée à doses plus faibles qu'au moment de l'accès franc, un verre à Bordeaux chaque soir, par exemple, pendant sept à huit soirs de suite. On reprendra après huit jours de repos. La glycérine à faibles doses dans l'eau alcaline, est aussi très utile (5 à 15 grammes par jour).

Le remède de Durande a joui longtemps d'une grande vogue. Ce remède est ainsi formulé :

Essence de térébenthine.....	10 grammes.
Ether..............................	15 —

Le malade prend chaque soir de 2 à 4 grammes de ce remède. C'est dans du bouillon dégraissé que sa saveur est le mieux supportée. Chez les sujets délicats, on peut simplement donner le soir de 2 à 4 capsules d'essence de térébenthine, de 3 à 6 perles d'éther.

L'eau chloroformée est très utile contre la dyspepsie flatulente qui accompagne souvent la lithiase biliaire et semble utile contre la lithiase elle-même. Le malade prendra, après les deux principaux repas, une cuillerée à bouche de :

Eau chloroformée saturée..	} *áâ* 120 grammes.
Eau........................	

Les alcalins, bicarbonate de soude, magnésie, seront souvent indiqués, tant contre la dyspepsie que contre la lithiase.

Les eaux minérales alcalines peuvent être conseillées chaque matin, à la dose de un demi-verre à un verre par jour (70 à 140 grammes). On aura soin de les réchauffer au bain-marie jusqu'à la température de 40 degrés environ.

Dans tous les cas, enfin, où il existe de la fièvre, où l'on peut craindre l'angiocholite biliaire, on ne saurait trop recommander l'emploi du salol, le véritable antiseptique biliaire. Des doses de 4 à 5 grammes par jour, par cachets de 50 centigrammes à 1 gramme, sont très bien tolérées.

Le salicylate de soude (2 à 3 grammes par jour) rend aussi la bile plus fluide.

On s'attachera à combattre la constipation, mais les purgatifs seront toujours prescrits à doses modérées.

b) Moyens chirurgicaux. — Les quatre procédés qu'il faut surtout mentionner sont : 1° la cholécystotomie, en laissant une fistule biliaire, la vésicule ouverte étant suturée à la paroi abdominale ; 2° la cholécystotomie sans fistule, les parois de la vésicule étant suturées ; 3° la cholécystectomie ou ablation de la vésicule ; 4° la cholécystentérostomie ou ablation de la vésicule dans l'intestin. Ce n'est guère qu'au cours même de l'opération, d'après les adhérences, l'état des parois de la vésicule, le degré d'inflammation, que le chirurgien peut se décider entre ces quatre grands procédés et leurs innombrables variantes opératoires. Le point important est de discuter les indications mêmes de l'intervention chirurgicale.

L'obstruction calculeuse est l'indication la plus générale. Cette obstruction peut se traduire par une dilatation de la vésicule dans laquelle on sent parfois les calculs frotter sous la main comme des noix. Elle peut se traduire par de l'ictère chronique, de la décoloration des matières fécales. Alors même qu'il n'y a pas de signes d'obstruction, des crises de coliques hépatiques, violentes, répétées, prolongées, pourraient justifier l'intervention.

Un point souvent embarrassant au point de

(1) Art. in *Gaz. des Hôp.*

vue des contre-indications est l'état général. L'angiocholite au début est plutôt une indication d'intervention. Mais plus tard les malades offrent souvent une fièvre intense par infection biliaire, ils sont profondément cachectiques. A côté de la tumeur de la vésicule biliaire existe une hypertrophie du foie par cirrhose. Ces sujets et surtout ceux qui offrent un ictère marqué, une tendance aux hémorrhagies, supportent mal les opérations. Pourtant, s'il existe une tumeur biliaire, l'intervention doit être tentée chez eux. On s'attachera à donner le chloroforme d'une façon continue et à très faibles doses, l'emploi de fortes doses de chloroforme semblant être chez ces malades un des facteurs de la gravité des opérations.

Avant de se décider à l'intervention, il sera toujours bon d'essayer une cure alcaline. En cas d'urgence, cette cure peut être conseillée même l'hiver.

Les fistules biliaires, qui se produisent parfois par ulcération due aux calculs enclavés, ont été traitées avec succès par la cholécystectomie. L'épanchement de bile dans le péritoine, par rupture des canaux ou de la vésicule, n'est pas toujours suivi immédiatement d'une péritonite suraiguë. La laparotomie peut utilement intervenir. L'occlusion intestinale, produite par l'arrêt d'un calcul dans l'intestin, exigera rarement la laparotomie. Les moyens médicaux (massage, électricité, purgatifs) réussiront ordinairement.

2° *Traitement destiné à prévenir la formation de nouveaux calculs.* — *Hygiène.* — L'exercice et surtout l'exercice au grand air, deux à trois heures après les repas, constitue un bon moyen d'activer le cours de la bile. Les bains alcalins, les frictions cutanées, le massage seront très utiles. Le massage au niveau même de la vésicule peut être utile à la condition d'être fait avec prudence. L'hydrothérapie, très utile également, exige de grands ménagements.

Régime. — Les boissons seront, sauf la contre-indication de dilatation de l'estomac, un peu abondantes. Le vin de Bordeaux, léger et naturel, constitue, coupé de moitié eau, la boisson de choix. Les vins blancs seront parfois mieux supportés que le vin rouge. Il est important que l'eau consommée ordinairement renferme peu de sels de chaux. En pareil cas, on conseillerait des eaux minérales faiblement alcalines et gazeuses.

Le vin pur très vieux peut être permis en cas d'anémie marquée, mais on défendra le champagne, les vins alcooliques, l'alcool et les liqueurs, le cidre, la bière. Le thé et le café peuvent être permis avec modération. Le lait est trop riche en matières grasses pour être conseillé. Mais les cures de lait écrémé, de petit lait, seront souvent utiles.

De l'alimentation solide, on devra exclure autant que possible les corps gras (beurre, graisse, bouillon non dégraissé), les féculents (pâtisserie, pâtes, carottes, pommes de terre et pain en trop grande abondance), les sucres (plats sucrés, fruits très sucrés).

Les viandes sont permises, à condition d'éviter les viandes noires (gibier et surtout gibier faisandé), le boudin, la cervelle, les pâtés, le foie gras, les salaisons. Le poisson est permis, mais on défendra les crustacés (crevettes, écrevisses, homards), les moules et les coquillages. Les huîtres sont bien tolérées. Les œufs ne seront pris qu'avec modération.

Les légumes verts, cuits au jus et non au beurre (salades cuites, asperges, haricots verts, pois très fins), devront être très recommandés. Les choux sont assez souvent mal digérés. Les salades crues, trop fortement assaisonnées de vinaigre, sont nuisibles. Mais on peut permettre les salades simplement assaisonnées de jus de rôti. Les artichauts, les légumes secs, le riz ne seront pris qu'avec modération. On évitera les tomates.

Les fruits frais sont excellents. Les cures de raisin peuvent être fort utiles. Les fruits secs, les confitures, seront défendus.

Médicaments. — Les alcalins ne seront jamais donnés d'une façon trop prolongée. Mieux vaut procéder par cures successives de huit jours avec interruption égale. Les doses ne seront pas successives. On se contentera de deux à trois grammes de bicarbonate de soude.

Le sulfate de soude à faibles doses (cinq à six grammes) est utile comme laxatif et comme alcalin.

Comme cure thermale il faut choisir une source alcaline. Le malade sera prévenu qu'une cure, faite sans direction médicale, peut lui être extrêmement préjudiciable.

La constipation sera combattue avec grand soin. On tâchera même d'obtenir par la régularité des heures, par le massage, par les laxatifs, par le régime, deux selles par jour.

La poudre laxative dite de Vichy mérite d'être connue. Voici, d'après Cyr, sa formule :

Poudre de réglisse...... Poudre de feuilles de séné.	*ââ* 50	grammes
Semences de fenouil pulv.. Soufre sublimé et lavé....	*ââ* 25	—
Sucre pulvérisé...........	150	—

Deux à quatre cuillerées à café le soir dans un demi-verre d'eau.

Le boldo a été très vanté et mérite peut-être d'être essayé dans les formes fébriles de la lithiase. On débutera par x gouttes de teinture dans une tasse de centaurée. On peut aller graduellement à xxx gouttes.

Le benzoate de soude, également préconisé, sera donné seulement à dose de 50 centigrammes à 1 gramme. Des doses plus fortes pourront être données dans la forme fébrile. Un très vieux remède, les sucs d'herbe (chicorée, cresson, pissenlit, oseille, trèfle d'eau), mérite d'être mentionné. Les doses seront de cinquante à cent grammes de suc préparé fraîchement chaque matin.

Le massage gynécologique

Mme *Goldspiegel-Sosnowska*, docteur en médecine de Paris, vient de faire paraître une série de travaux sur l'application de la méthode de Thüre-Brandt ou massage gynécologique aux affections utérines, qui nous ont paru fort intéressants. Tout d'abord, il ne faut pas confondre le traitement de Brandt, qui est constitué par une nombreuse série de manipulations, avec le massage gynécologique seul ; et quant à celui-ci, si l'on veut le faire, comme on fait du massage en général, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il soit inefficace et même nuisible. L'on s'imagine que, puisque tout le monde fait du *massage* — bien à

tort, d'ailleurs, à notre avis — tout le monde peut aussi faire du *massage gynécologique*. Et l'on est surpris des résultats négatifs, d'accidents, etc.

Or, la chose est bien simple.

Il ne s'agit pas ici d'un massage quelconque — mais d'un *modus operandi* tout à fait *précis* ; pas de mouvements plus ou moins désordonnés, qu'on applique, à tort et à travers, avec l'idée que le résultat en sera toujours le même — mais d'une *méthode* bien *établie* et très *nette* dans ses indications.

Il ne suffit pas d'être médecin, ni même gynécologue, pour savoir le faire, et surtout le faire bien, sans l'avoir étudié. Car, en dehors des connaissances anatomiques, en dehors des indications pathologiques, il faut des connaissances approfondies du traitement lui-même, des connaissances spéciales, qui ne sont pas du domaine de l'intuition.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'en faisant du massage gynécologique dans les cas bien définis et d'après les règles nettement déterminées, on obtient — sans faire courir aucun risque à ses malades — des résultats sûrs et bien durables. Et ce n'est pas à dédaigner, quand on pense que *l'intervention chirurgicale* elle-même ne donne, souvent, que des *résultats* bien *aléatoires*.

Pour ce qui est de *l'excitation génitale*, le traitement est trop douloureux pour pouvoir la provoquer ; d'ailleurs tout y est combiné pour l'éviter.

Brandt, Helleday, Prochownick, Schultze, Schauta, n'ont jamais eu l'occasion de constater chez leurs malades, pendant le traitement, aucun effet voluptueux, pas la moindre excitation sexuelle. Ce reproche ne peut être fait que par ceux qui ne connaissent pas la méthode.

Quant à *l'inconvenance*, en général, toute la gynécologie et la tocologie sont inconvenantes, comme l'a si bien dit le Dr Stapfer dans son rapport sur le traitement suédois. « Le palper est inconvenant, le toucher est inconvenant, le spéculum est inconvenant. »

Enfin, pour ce qui regarde le *danger*, on n'a qu'à se reporter aux faits.

Brandt et Helleday, durant toute leur pratique médicale, c'est-à-dire depuis près de trente ans environ, n'ont pas eu un seul cas de mort. Les opérateurs allemands et suisses n'en ont pas eu non plus.

En somme, c'est un traitement indemne de tout danger s'il est fait par des *spécialistes*, mais qui cesse de l'être, livré à des mains inexpérimentées, à des personnes ignorantes.

Le point le plus important dans la méthode de Brandt, c'est le diagnostic. Il faut examiner les malades par plusieurs moyens et dans différentes positions ; debout et couchées, par la voie vaginale et rectale et à plusieurs reprises. Le diagnostic nettement posé, on n'hésitera pas à éliminer tout de suite tous les cas où l'on trouve du pus ou une affection aiguë et l'on commencera le traitement, sauf les cas rigoureusement contre-indiqués, comme les néoplasmes, la tuberculose par exemple. Ceci fait, il faut admettre comme principe de ne jamais rien précipiter, aller toujours très doucement, tâter la sensibilité des organes génitaux de la malade, ainsi que sa *force de réaction*, si nous pouvons nous exprimer ainsi. En général, la tolérance des organes génitaux est très grande. La plupart des malades supportent très bien le traitement de Brandt. Au commencement du traitement, elles se plaignent de pesanteur dans le ventre et de fatigue dans les jambes, « la peau du ventre leur fait mal », comme elles disent, elles ont mauvaise mine ; mais au bout de quelques jours la fatigue passe et elles supportent très bien ce mode de traitement.

Nous n'insisterons pas sur les soins antiseptiques à prendre. Ce sont là des précautions devenues depuis longtemps classiques.

Quant aux conditions nécessaires pour être bon opérateur, il faut certainement, en dehors des connaissances spéciales, des qualités de main particulières. Mais il est tout à fait erroné de croire que ces qualités dépendent de la longueur des doigts et que, par conséquent, l'opérateur-femme se trouve, en général, à l'état d'infériorité vis-à-vis de l'opérateur-homme. Les qualités nécessaires s'acquièrent par la pratique seule et de telle sorte, qu'avec de très petits doigts on peut obtenir tout ce qu'on veut, aussi bien au point de vue d'exploration que de manipulation. Th. Brandt affirme que parmi ses meilleurs élèves, il s'en trouve un qui a la main la plus petite qu'il ait jamais vu, ce qui ne l'empêche pas de soigner, d'après sa méthode, avec le plus grand succès.

REVUE DE CHIRURGIE

Le mois qui vient de s'écouler nous a apporté quelques communications très intéressantes au point de vue chirurgical :

Nouveau traitement des empyèmes chroniques.

C'est d'abord, exposée à l'Académie de médecine par M. *Delorme*, une méthode toute nouvelle de traitement des empyèmes dont la pleurotomie n'a pu suffire à assurer la guérison. Cette méthode diffère bien nettement de l'opération d'Estlander ou de ses dérivées. En voici d'ailleurs les différences.

L'opération d'Estlander, dans ces grands empyèmes avec rétraction considérable du poumon, ne poursuit qu'un but : oblitérer une vaste cavité suppurante à parois rigides. Considérant le retrait du poumon comme un fait acquis, incapable d'être modifié par un acte chirurgical, elle refoule vers le poumon la paroi thoracique ; pour permettre à cette paroi thoracique de s'affaisser vers le poumon rétracté, elle l'assouplit par l'excision de ses côtes, ou la mobilise plus encore par une excision costale combinée avec des sections de la portion de paroi réduite à ses parties molles.

Toute différente et bien autrement conservatrice est la méthode qu'a imaginée M. Delorme. Partant de cette donnée dont l'importance a été jusqu'ici méconnue, à savoir qu'un poumon bridé, encapsulé par une fausse membrane continue, épaisse, inextensible, n'est cependant pas incapable de reprendre son intégrité fonctionnelle, M. Delorme *s'attaque à la coque pulmonaire, l'excise, en débarrasse le poumon, lequel, reprenant son volume normal, comble la cavité thoracique.* L'opération d'Estlander fait bon marché d'une paroi désormais inutile ; l'opération de

M. Delorme ne compromet que d'une façon temporaire l'intégrité de cette paroi dont le fonctionnement est nécessaire à celui du poumon. L'opération ancienne considère comme perdue la moitié du champ respiratoire ; la méthode nouvelle rétablit en entier ce dernier.

Pour arriver à ce but, M. Delorme : 1° ouvre largement et momentanément le thorax par la formation d'un large volet thoracique ; 2° recherche et enlève la fausse membrane qui encapsule le poumon, dégage ainsi le poumon qui reprend son volume primitif ; 3° referme le volet thoracique ; celui-ci se soude à la paroi à laquelle il se réunit par première intention, et l'opéré guérit de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

Telle est, d'une façon sommaire, l'opération qui a été faite le 20 janvier dernier. On pourra trouver, publiées in-extenso, dans la *Gazette des hôpitaux* du 25 janvier, la communication de M. Delorme et l'observation de son malade. La voici en quelques mots :

Jeune homme de 24 ans, atteint de pleurésie purulente gauche, pour laquelle il subit, en septembre 1893, l'opération de l'empyème. Cette pleurotomie donne issue à 600 gr. de pus environ. En dépit d'une amélioration passagère, la sécrétion persiste, l'état général s'altère. Après quatre mois et demi d'attente, la pleurotomie est jugée manifestement insuffisante. Une sonde introduite par la fistule s'engage d'avant en arrière à 18 centimètres environ, c'est-à-dire qu'elle bute contre la partie postérieure de la cage thoracique ; elle remonte jusqu'à la limite supérieure de la cavité et s'enfonce transversalement, en profondeur, à 8 centimètres. L'opération d'Estlander serait donc incapable de combler une telle cavité suppurante, puisqu'il faudrait demander à la paroi un affaissement de 8 centimètres.

Le 20 janvier 1894, opération par M. Delorme. Tracé d'un large lambeau, à base postéro-supérieure adhérente, par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle. Ce lambeau s'étend, en hauteur, de la troisième côte inclusivement à la sixième inclusivement, et, en largeur, de la saillie du bord axillaire de l'omoplate à près de trois travers de doigt du bord latéral gauche du sternum. Il comprend dans son épaisseur la peau, les muscles, les côtes et les espaces intercostaux correspondants. Ce volet, bien libéré, est basculé et ouvert en dehors : ainsi est largement mis à découvert l'intérieur de la cavité thoracique gauche. — Celle-ci apparaît tapissée de fongosités, et d'une membrane fibroïde, résistante, épaisse de 1 centimètre à 1 centimètre et demi environ, recouvrant la plèvre pariétale, le poumon et le péricarde. Cette membrane était si uniforme, qu'il fut d'abord impossible d'établir le siège du poumon, du péricarde et du cœur. — Avec le bistouri et les ciseaux, puis avec la sonde cannelée et enfin avec l'index, cette membrane est détachée des parties sous-jacentes. Au-dessous d'elle, le poumon apparaît sain : à mesure qu'il est débarrassé de cette capsule qui l'enserre, le poumon, sous l'influence de quelques très légères quintes de toux du malade peu endormi, se déplisse comme un poumon d'animal qu'on insuffle. A mesure qu'il est dégagé, il gonfle au point de remplir, et au delà, la cavité thoracique. — Curage de la paroi pleuro-costale avec une grosse curette, dégagement facile de ses fongosités. La cavité est nettoyée avec des compresses humides sublimées. — Enfin, le volet thoracique est rabattu ; les surfaces correspondantes des côtes sont apposées et maintenues, non par une suture métallique, mais par des anses de fil de soie traversant la paroi, un peu au-dessus de chaque côte et à peu près à deux centimètres de la section pariétale. Pendant cette fixation, le poumon, lors des respirations larges ou au moindre effort de toux, propulsait manifestement le lambeau thoracique.

Cette opération dura une heure et demie. La chloroformisation fut facile, la respiration constamment normale, régulière, non anhélante, sans le moindre arrêt. Le pouls resta normal. La percussion du volet thoracique, avant l'application du pansement, donna un son sonore, et l'oreille, placée à son niveau, perçut le murmure respiratoire. — Cette intervention datait de quatre jours quand M. Delorme l'a communiquée à l'Académie. A ce moment, le malade était déjà à l'abri des suites opératoires et, sans pouvoir se prononcer encore sur le résultat définitif, tout faisait prévoir une guérison sûre et sans encombre.

En somme, M. Delorme a ainsi nettement démontré qu'un poumon emprisonné pendant de longs mois (la pleurésie chez ce malade remontait à 8 mois et l'empyème à quatre mois et demi) a spontanément repris sa place et comblé brusquement toute la cavité pleurale correspondante. Fait, dit M. Delorme, qui donne à réfléchir, pour ne pas dire plus, sur la valeur de l'opinion classique, en vertu de laquelle un poumon, libre d'adhérences, s'affaisse sur le champ et se rétracte vers son hile, dès que la cavité thoracique est ouverte. On doit encore remarquer, dans ce fait, l'absence de toute congestion, de troubles respiratoires ou circulatoires, lors du développement brusque du poumon — et, aussi, après l'ablation de la coque fibreuse, l'aspect bien régulier, lisse et normal de la surface séreuse pulmonaire.

Cette méthode, on le voit, est plus rationnelle et plus conservatrice que l'opération d'Estlander : elle doit lui être tout d'abord préférée. En cas de réussite, elle amène l'oblitération de la cavité, *en permettant au poumon de reprendre sa place et son fonctionnement.*

Fracture du crâne par coup de feu. Trépanation. Guérison.

A la Société de chirurgie (séance du 10 janvier) M. *Chauvel* a communiqué une intéressante observation envoyée par le Dr Chupin : il s'agit d'un cas de fracture du crâne par coup de feu, avec enfoncement limité de la paroi osseuse, traité par la trépanation et suivi de guérison. Un homme de quarante-deux ans se tire un coup de revolver dans la région occipitale, à droite de la ligne médiane. Quoique le blessé ne présente ni perte de connaissance, ni contractions, ni paralysies, M. Chupin, constatant au point blessé un enfoncement des plus nets, et se souvenant d'un semblable blessé que l'on n'avait pas trépané et à l'autopsie duquel on trouva une esquille ayant produit une déchirure du cerveau, se décide à intervenir. Incision en croix ; dissection des lambeaux, qui met large-

ment à nu le siège du traumatisme : on trouve alors un enfoncement de la table interne dont les débris comprimaient et refoulaient la dure-mère : ablation des caillots et des fragments osseux. Pansement iodoformé. Suites opératoires excellentes, et guérison rapide.

A ce propos, M. *Gérard Marchant* rappelle qu'il eut, il y a six mois, l'occasion d'intervenir dans des conditions à peu près semblables. Un jeune homme de dix-neuf ans s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale du côté gauche. En l'absence d'aucun trouble particulier, M. G. Marchant appliqua un pansement antiseptique et attendit. Mais le lendemain matin, la température s'était élevée à 38°1 : l'exploration de la plaie, au moyen d'un stylet, démontra l'existence d'un orifice osseux et ne laissa aucun doute sur la pénétration du projectile. L'intervention fut alors décidée : M. Gérard Marchant rencontra tout d'abord une moitié de la balle qui s'était arrêtée dans le trajet osseux, puis, ayant trouvé une plaie de la dure-mère, qu'il agrandit notablement, il découvrit la deuxième moitié du projectile, immédiatement au-dessous de la dure-mère. — Mais bien souvent les choses ne se passent pas aussi simplement : le projectile peut suivre un trajet plus compliqué, et parfois l'on a, dans ces conditions, cherché la balle dans l'intérieur de la substance cérébrale et occasionné des dégâts qui n'étaient nullement motivés. — En somme, M. Gérard Marchant est d'avis que, dans les cas de fracture du crâne par coup de feu, il faut presque toujours pratiquer la trépanation, sans cependant aller trop loin dans l'exploration, lorsque le projectile a pénétré profondément.

Tout en approuvant la ligne de conduite adoptée dans chacun des deux faits précédents pris en particulier, M. *Berger*, dans une séance ultérieure (24 janvier), dit qu'il ne partage point l'opinion de M. Gérard Marchant lorsqu'il se montre, d'une façon générale, assez favorable à la trépanation dans le cas de pénétration du projectile. Il existe en effet un assez grand nombre d'observations de plaies du crâne, avec pénétration du projectile, dans lesquels la guérison a eu lieu sans opération. En outre, M. Berger ne se rappelle guère avoir vu de terminaison fatale survenir, lorsqu'une plaie pénétrante du crâne n'avait pas déterminé d'accidents primitifs sérieux. Pour les plaies du crâne par balles de petit calibre, il n'y a pas lieu d'intervenir, d'après M. Berger, en dehors des indications générales de la trépanation, qui peuvent être fournies, soit par la constatation bien nette d'un enfoncement, soit par l'apparition d'accidents primitifs ou consécutifs de localisation cérébrale, soit par des accidents d'encéphalite.

Abcès rétro-pharyngien. Mort subite.

Quand, faute d'une intervention précoce, l'abcès rétro-pharyngien se termine d'une façon fatale, la mort se produit par une asphyxie qui est le résultat de la compression du larynx ou de l'irruption du pus dans les voies aériennes. Chez le petit malade dont le Dr *E. C. Aviragnet* a rapporté l'histoire (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, oct. 1893) la mort s'est produite d'*une façon absolument subite*, sans phénomènes asphyxiques, sans irruption de pus dans les voies aériennes. A ce point de vue cette observation est très intéressante.

A son entrée à l'hôpital, un enfant de 15 mois, dont la température est normale, avale avec un peu de difficulté les liquides qu'on lui donne, et son sommeil s'accompagne d'un ronflement assez marqué. A l'examen de la gorge, on constate, au niveau du pilier postérieur du côté droit, une tuméfaction qui refoule légèrement en avant l'amygdale. Les jours suivants, la tuméfaction augmente, et fait saillie nettement au niveau de la partie postérieure du pharynx. La déglutition est peut-être plus difficile ; mais surtout le ronflement de la respiration pendant le sommeil s'accentue d'une façon notable. Pas de dyspnée : on peut, sans amener de crises d'étouffement, pratiquer l'examen de la gorge. Cinq jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien, qui avait d'abord paru hésitant, s'impose. L'intervention est décidée, mais retardée, parce que la tuméfaction ne paraît pas très étendue et surtout, parce que l'enfant n'accuse aucune dyspnée. L'état général est bon. Le lendemain, pas de modifications, sauf un peu de fièvre, 38°, au lieu de la température restée normale jusque-là. Et dans la matinée suivante, à six heures, l'enfant *succombe subitement*, sans avoir présenté de phénomènes asphyxiques.

A l'autopsie, rien du côté des organes respiratoires. Au niveau des 2e et 3e vertèbres cervicales, il existe une poche remplie de pus. Vertèbres saines. Ganglions cervicaux supérieurs augmentés de volume. La suppuration, nettement collectée, siège non pas dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, mais dans l'épaisseur du pharynx lui-même, entre les muscles constricteurs.

L'abcès a le volume d'un œuf ; il n'avait pas paru aussi volumineux pendant la vie ; sa partie supérieure seule était perceptible à l'examen. Le pus de l'abcès est jaune, peu épais ; il renferme des streptocoques.

M. Aviragnet pense que la collection purulente a probablement augmenté dans de notables proportions pendant le dernier jour. Cette augmentation a eu pour résultat une compression brusque des nerfs de la région ; la mort subite peut ainsi s'expliquer.

Le diagnostic des abcès rétro-pharyngiens, ajoute l'auteur, très simple quand l'abcès fait saillie au fond de la gorge, est difficile quand il siège au niveau du pharynx nasal ou de l'œsophage ; aussi faut-il avoir soin, quand on soupçonne un abcès rétro-pharyngien, d'explorer avec le doigt toute la région, dans tous les sens. Dès que l'abcès a été reconnu, il convient de l'inciser, si l'on ne veut pas s'exposer à une terminaison fatale. Cette observation montre que, dans les abcès rétro-pharyngiens, seule une *incision précoce* mettra à l'abri de graves accidents.

Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique.

Tel est le titre d'une thèse récente que vient de soutenir M. P. *Filleul*. Ce traitement des brûlures superficielles consiste dans l'application de compresses de tarlatane imbibées d'une solution saturée (0,5 °/o environ) d'acide picrique. On exprime ces compresses avant d'en recouvrir les régions brûlées, et on les laisse

simplement sécher sur ces brûlures. Ce pansement est renouvelé d'abord tous les trois jours, puis tous les quatre, cinq ou six jours seulement, si la plaie reste aseptique.

Ce traitement est employé avec succès, à l'hôpital de la Charité, dans le service du professeur Tillaux. L'avantage de l'acide picrique serait, outre ses effets antiseptiques, d'exercer sur les brûlures une action analgésique des plus manifestes ; de plus, il ne produirait jamais d'irritation de la peau, et ne présenterait dans son emploi aucun danger d'intoxication. Son unique inconvénient serait de produire une coloration jaune persistante des parties sur lesquelles il a été appliqué ; inconvénient qui vaut la peine d'être signalé.

M. Jourdan,
Interne des hôpitaux de Paris.

Chronique de l'Association Amicale des Médecins Français.

Organisation :

Une trentaine de confrères ont officiellement accepté le mandat de *délégué départemental* pour l'Association médicale : nous leur en sommes bien reconnaissants.

Mais quelques-uns, au lieu de s'assurer eux-mêmes le concours des correspondants ainsi que cela a été fait pour l'organisation de la Charente-Inférieure, nous ont simplement dit : « Vous pouvez vous adresser à MM. X., Y., Z. ». Qu'ils nous permettent de leur dire que c'est insuffisant. Il faut à notre Association de la solidarité dans son ensemble, mais il est non moins important que la solidarité se fasse sentir par des liens régionaux. Nous souhaitons donc bien vivement que chaque *délégué départemental* nous adresse les noms des confrères qui *acceptent* d'être correspondants. D'ailleurs, s'il en était autrement, le Secrétaire-général ne suffirait pas à la tâche. Nous ferons aussi rapidement que possible les envois de statuts, numéros de propagande, formules d'adhésion, réclamés par les délégués.

Quelques confrères nous adressent les critiques qui se sont déjà produites, au sujet des statuts, dans l'Assemblée générale. Nous enregistrons précieusement ces observations, non pour y donner une satisfaction immédiate, puisque nous n'en avons pas le droit, mais afin de les reproduire à l'heure où les statuts seront révisables.

Parmi les médecins qui n'ont pas encore répondu à l'offre de la *délégation départementale*, la plupart sont, ou des adhérents de la première heure, ou des membres des Bureaux de Syndicats et de Sociétés locales très dévoués à toutes les œuvres d'intérêt professionnel. C'est dire que nous comptons, presque à coup sûr, recevoir, sous peu, leur acceptation, sans doute involontairement retardée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des étudiants en médecine.

Parmi les écrits publiés à l'occasion des manœuvres du service de santé, exécutées en 1893, nous croyons devoir appeler l'attention sur une brochure intitulée : « *Le service militaire des étudiants en médecine et les manœuvres de mobilisation du service de santé.* »

L'auteur de ce travail, M. le Dr Cellier, vice-président de l'Union des syndicats, président du syndicat de la Mayenne, après avoir été témoin des manœuvres qui ont eu lieu, au Mans, du 22 au 26 juin 1893, a pu, au cours de ces exercices, constater combien il est urgent de pourvoir à l'instruction technique des médecins du cadre auxiliaire.

Pour mettre en relief les défauts de la situation actuelle, l'auteur nous fait tout d'abord assister à l'entrée en campagne de notre armée. Il fait ressortir les conditions dans lesquelles s'effectuera la mobilisation, avec 1300 médecins du cadre actif, parfaitement au courant de tous les détails du service dont ils seront chargés et 5.126 médecins du cadre auxiliaire, presque complètement étrangers à ce service. Cependant un grand nombre de ces derniers sont appelés à devenir chefs de formations sanitaires (ambulances, hôpitaux). Les cours de brancardiers et les exercices militaires qu'ils auront suivis, pendant leur année de présence sous les drapeaux, conformément à l'instruction ministérielle du 7 octobre 1890, leur tiendront-ils lieu des connaissances indispensables à l'accomplissement des fonctions dont il seront chargés inopinément ?

Le Dr Cellier insiste, avec raison, sur l'insuffisance numérique des médecins qui seront appelés aux armées le jour de la mobilisation. Nous avons montré, dans le *Concours médical*, qu'il serait facile d'augmenter de 560 au moins, le chiffre des médecins qui figurent sur l'annuaire militaire de 1893.

Quelques pages du travail que nous analysons sont consacrées à montrer combien sont méconnues les règles de « *l'élémentaire bon sens* » en ce qui concerne l'emploi du temps des étudiants en médecine pendant l'année qu'ils passent sous les drapeaux. « La presse médicale « au commencement de l'année s'est occupée « de cette question », dit M. Cellier.

Nous ajouterons qu'elle s'en était déjà occupée l'année précédente. Dès le mois d'août 1892, le *Bulletin médical*, le *Progrès médical* et le *Concours médical* publiaient sur le service militaire une série d'articles, qui n'ont pas été sans influence sur le mouvement d'opinion actuel.

Parlant des démarches entreprises, près de l'administration de la guerre, pour obtenir une modification à la décision ministérielle du 7 octobre 1870, notre confrère s'élève, avec raison, contre le terme de « faveur » qui a été employé dans ces démarches. Bien loin d'être une faveur cette modification s'impose au nom de la justice et de l'égalité. Elle dérive naturellement de la loi militaire du 15 juillet 1889 en vertu de laquelle, un certain nombre de jeunes gens des écoles, sont appelés, à la fin de leurs études, à accomplir une année de service en qualité d'officiers de réserve.

Non moins fondée est la critique adressée, par M. Cellier, à la proposition de faire servir à titre gratuit pendant leur année de présence les médecins pourvus du grade d'aide-major de 2e classe de réserve. Nous avons démontré que la solde fait partie des privilèges inhérents à la

position d'officier ; en dépouiller les médecins, ce serait créer à leur préjudice une anomalie sans précédents.

Les manœuvres du service de santé, auxquelles notre confrère a assisté, ont été, de sa part, l'objet d'appréciations qui, toutes, concluent à la nécessité de donner aux médecins du cadre auxiliaire une instruction technique. Nous nous bornerons à la citation suivante :

« Pourquoi ne pas faire jouer un rôle actif dans « ces manœuvres aux médecins du cadre auxi« liaire ? Pourquoi n'en pas faire des médecins « régimentaires, des médecins d'ambulances et « d'hôpitaux de campagne ? Pourquoi ne pas « leur fournir l'occasion d'apprendre par eux« mêmes sur le terrain la place qu'ils doivent « occuper, les mesures qu'ils doivent prendre ? »

Par ce trop court aperçu, nous avons essayé de montrer l'intérêt que présente la brochure de M. le Docteur Cellier. Sous une forme humoristique, l'auteur traite, de la façon la plus heureuse, une question qui, après avoir pendant trois ans préoccupé le monde médical, nous paraît enfin à la veille d'être résolue, à l'honneur des études médicales et au grand avantage de l'armée.

Dr SALOMON.

L'examen des sciences physiques et naturelles exigé des futurs étudiants en médecine.

Le ministre de l'Instruction Publique, des Beaux-arts et des Cultes ;

Vu le décret du 31 juillet 1893, instituant dans les Facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles ;

Vu l'arrêté en date du 31 décembre 1893, déterminant les programmes de cet enseignement ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Les Facultés des sciences procèdent chaque année, à l'examen prévu par l'article 5 du décret du 31 juillet 1893 susvisé, en deux sessions qui ont lieu, la première en juillet, la seconde dans la première quinzaine de novembre.

Art. 2. — Les candidats ajournés ne peuvent subir de nouveau l'examen qu'à une session suivante.

Art. 3. — Les épreuves ont pour base les programmes déterminés par l'arrêté susvisé en date du 31 décembre 1893.

Art. 4. — Les notes obtenues par les candidats aux interrogations et aux travaux pratiques sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 5. — L'épreuve sur la physique donne lieu à une note variant de 0 à 30 ;

L'épreuve sur la chimie, à une note variant de 0 à 40 ;

L'épreuve sur la zoologie, à une note variant de 0 à 20 ;

L'épreuve sur la botanique, à une note variant de 0 à 20 ;

Nul n'est admis s'il a n'obtenu 55 points au minimum.

Art. 6. — L'admission ou l'ajournement sont prononcés, après la délibération du jury.

Art. 7. — Les règles établies par le présent arrêté sont applicables aux examens subis dans les conditions prévues par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893.

Art. 8. — A la suite de chaque session, les certificats signés par les membres du jury sont transmis au recteur de l'Académie qui, par délégation du ministre de l'instruction publique, les ratifie, s'il y a lieu, et les délivre aux impétrants.

Fait à Paris, le 31 décembre 1893.

E. SPULLER.

Déontologie médicale.

Après avoir indiqué la conduite que doit tenir le médecin traitant, les conditions dans lesquelles il peut se rendre près d'un malade qui l'appelle pour la première fois, les règles qui doivent présider au remplacement du médecin habituel, M. le professeur Grasset aborde ce qui a trait aux consultations, soit qu'il s'agisse d'une consultation entre confrères, soit qu'il s'agisse de consultation dans le cabinet.

Consultations entre médecins.

1° Quand une consultation est demandée, soit par le médecin, soit par la famille, le médecin traitant peut proposer un consultant ; mais, si la famille en désire un autre, le médecin ordinaire doit l'accepter, quelle que soit son apparente infériorité comme âge, grade ou situation, pourvu que son honorabilité, personnelle et professionnelle, soit indiscutable.

2° On peut accepter une consultation avec un médecin homéopathe, à la condition absolue que la discussion portera exclusivement sur le diagnostic et que la conclusion thérapeutique de la conférence sera, sans discussion doctrinale, formulée suivant les règles et les doses de la thérapeutique classique.

Dans aucun cas, on ne doit accepter une consultation, plus ou moins dissimulée, avec une personne qui exerce illégalement la médecine.

3° Pendant son examen clinique et après cet examen, en présence du malade et de sa famille, le médecin consultant ne doit rien dire, ouvertement ou à mots couverts, qui puisse laisser deviner son diagnostic, surtout s'il y a une divergence d'opinion avec le médecin traitant.

Il ne doit non plus rien indiquer du traitement qu'il veut instituer avant d'avoir été conférer avec son confrère.

4° La conférence entre le consultant et le traitant doit toujours être secrète.

Les résultats en seront communiqués à la famille, au nom des deux médecins.

S'il y a une consultation écrite, les deux médecins la signeront.

5° S'il y a une divergence d'opinion entre les deux confrères, le consultant fera la prescription que lui dicte sa conscience, sans faire de concession à la camaraderie ou à tout autre sentiment, de même qu'il aura le facile courage de se retirer sans rien ordonner de nouveau, s'il partage absolument l'avis du traitant.

En tout cas, une fois revenu en présence de la famille, il ne proclamera pas la divergence d'opinion, si elle existe, et la nouveauté du traitement prescrit.

Il présentera les prescriptions faites comme le corollaire et la suite des prescriptions précédentes, ou comme la réponse à des indications nouvelles, qui n'existaient pas les jours précédents.

Si cependant il y a une divergence d'opinion profonde et persistante et que le médecin traitant en

exprime formellement le désir, le consultant doit, avec beaucoup de ménagement et de courtoisie, révéler à la famille (en dehors du malade) la divergence d'opinion et demander l'appel d'un nouveau consultant.

Si le second consultant est de l'avis du premier, le traitant doit se retirer ou accepter la manière de voir des consultants.

Si, au contraire, le second consultant est de l'avis du traitant, il va de soi que le premier consultant n'a qu'à s'incliner.

6° Le consultant ne doit pas revenir dans la maison en l'absence du traitant, même pour prendre des nouvelles du malade, à moins que le médecin ordinaire ne l'y ait formellement invité ou autorisé.

7° Dans aucun cas, un médecin ne peut devenir traitant dans une maison où il a été appelé comme consultant (à moins que le traitant ne soit mort).

Le client peut changer de médecin et alors le consultant peut continuer à venir en consultation ordinaire.

8° Si le médecin traitant ne se rend pas à une consultation décidée, soit qu'il n'ait pas été prévenu par la famille, soit qu'il ait eu des impossibilités personnelles, le médecin consultant doit se retirer sans examiner le malade, toutes les fois que la consultation a lieu dans la ville où réside le consultant.

Si le consultant a été appelé hors de sa résidence, il peut examiner le malade sans son confrère ; mais il ne dit en rien sa manière de voir, ne formule rien et écrit au médecin traitant pour lui communiquer son diagnostic et les prescriptions qu'il propose.

Consultations dans le Cabinet.

1° Le Cabinet est un terrain neutre, sur lequel on peut donner une consultation à tous les malades qui la demandent, quel que soit leur médecin traitant.

2° Cependant, dans l'intérêt même du malade et par convenance pour les confrères, il faut, en général, recommander aux malades de ne jamais venir consulter dans le Cabinet, sans avoir prévenu leur médecin ordinaire.

A cause de cela, le médecin consulté dans son cabinet doit toujours commencer par demander au client qui est son médecin, s'il n'a pas de lettres à lui remettre et avertir ce client qu'il devra remettre la nouvelle consultation à son médecin ordinaire, et n'en rien exécuter sans l'assentiment préalable de ce médecin traitant.

Si le client résiste, il faut lui représenter énergiquement que rien n'est plus préjudiciable à un malade, et rien n'est plus antimédical que de consulter plusieurs médecins, en dehors les uns des autres, pour choisir ensuite la consultation, qui plaît le plus.

Le médecin traitant doit toujours centraliser les diverses consultations que le malade juge à propos d'aller demander de divers côtés.

3° Averti de l'intention de son client d'aller trouver un confrère dans son Cabinet, le médecin traitant doit lui remettre une lettre détaillée ou quelques mots d'introduction sur sa carte, suivant l'importance et la nature du cas.

4° Le consultant rédige, après examen, une consultation écrite.

Si la nature du cas ou les circonstances le permettent, il mettra, au haut de la consultation, son diagnostic détaillé (sans phrases, en une ou deux lignes qui signalent les points vraiment importants).

Dans bien des cas au contraire (qu'il est superflu de préciser), le consultant ne remet au malade que ses prescriptions détaillées et il écrit directement au médecin traitant son diagnostic, son pronostic, en y ajoutant telles considérations qu'il juge à propos.

Pour marquer au client qu'on juge l'intervention du médecin traitant indispensable et qu'on ne veut en rien se substituer à lui, on fera bien d'inscrire en toutes lettres, au bas, que cette consultation doit être remise et soumise au médecin ordinaire.

5° Le médecin ordinaire, au reçu de la consultation, la met à exécution et en surveille l'application.

Si cependant, elle heurtait complètement sa manière de voir, il peut surseoir à l'exécution sous un prétexte quelconque et entrer en correspondance directe avec le médecin consultant.

En tout cas, le médecin traitant garde le droit de modifier les doses ou la nature des médicaments prescrits, suivant les indications de chaque jour.

6° Les principes 1 et 2 énoncés ci-dessus s'appliquent aussi bien aux consultants dans le Cabinet qu'aux consultants à domicile.

TRIBUNAUX

Médecins et propriétaires.

Lorsqu'un médecin est déjà locataire d'un appartement dans sa maison, un propriétaire peut-il louer un autre appartement à un second médecin ?

La question a été portée par le Dr S... devant le Tribunal de la Seine.

Dans un jugement en date du 27 octobre 1893, la cinquième Chambre a débouté notre confrère :

« Attendu que le demandeur est locataire d'un « appartement au 1er étage d'une maison sise à « Paris, faubourg Poissonnière, n° ..., appartenant « à G... ; que celui-ci, ayant été sollicité par un « médecin de lui louer un appartement, avait déclaré au Dr S... qu'il ne voulait louer à un médecin, qu'autant que cela ne serait pas désagréable « au docteur ; que celui-ci avait protesté contre « l'éventualité d'une location faite à un second médecin dans la même maison et, qu'en conséquence, il comptait que son propriétaire ne donnerait pas suite aux propositions qu'il avait reçues ; que le défendeur ayant loué dans la même « maison à un autre médecin, S... a assigné G... « en paiement d'une somme de 10,000 fr. pour le « préjudice causé ;

« Mais, attendu que si G... a fait auprès de S... « une demande pour savoir s'il pouvait louer à un « autre médecin, cette demande ne constitue qu'un « acte de convenance, de politesse, qui ne saurait « nullement obliger G..., ni restreindre ses droits, « que le bail consenti par le demandeur au Dr S... « ne contient aucune clause interdisant au propriétaire de louer à une personne exerçant une « profession similaire, qu'ainsi la demande de S... « n'est pas fondée ;

« Par ces motifs,

« Déclare S... mal fondé en sa demande contre « G..., l'en déboute et le condamne aux dépens. »

On le voit, il faut que le médecin, s'il veut éviter les désagréments, dont se plaignait le Dr S..., fasse insérer dans son bail une clause formelle interdisant au propriétaire de louer à un autre médecin.

Des engagements verbaux ne sauraient suffire, il faut un engagement écrit.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

23 *novembre* 1893.

La séance est présidée par M. le Dr Pillet, *Président.*

Sont admis comme membres du Syndicat :

MM. les Drs Bellot, *de Niort*, Corbin, *de Saint-Maixent*, Prévost, *de Ménigoute*.

Le bureau est maintenu dans ses fonctions et définitivement nommé pour un an.

Sociétés d'Assurances contre les accidents.

M. le Dr Béranger, à propos d'un fait personnel, rapporte que le plus souvent les Compagnies d'assurances contre les accidents refusent de payer aux médecins tous les soins que comporte une blessure. La somme fixée par chaque Compagnie (de 5 à 10 fr.) ne doit en réalité rémunérer que la constatation d'accident et le certificat de reprise de service. Certaines Compagnies ne le comprennent pas ainsi et veulent que cette somme dérisoire paie les soins donnés. Des représentations faites déjà dans ce sens ont porté les agents des Compagnies à s'adresser à d'autres médecins.

Le Syndicat décide que la somme délivrée par la Compagnie ne servira qu'à payer la constatation simple de la blessure et de la guérison, dans la localité du médecin.

Exercice de la pharmacie.

Les modifications proposées par l'Union des Syndicats à la loi sur l'exercice de la pharmacie sont adoptées à l'unanimité.

Assistance médicale.

Quant à la *Médecine gratuite*, qui n'a reçu encore aucun changement dans son mode de fonctionnement, l'assemblée admet la proposition de M. Marion. Le bureau, auquel on adjoint MM. Dupont, Gailliard, Marion, présentera à M. le Préfet un projet tout élaboré que pourra discuter une commission de conseillers généraux assistés de médecins.

Le Secrétaire,
Dr Roullaud.

Un syndicat médical à la Martinique.

Presque tous les médecins de la Martinique se sont réunis, le samedi 9 décembre, en assemblée plénière, à Saint-Pierre-de-Miquelon, en vue de jeter les bases d'un syndicat. Une réunion préparatoire des docteurs de Saint-Pierre avait eu lieu quelques jours auparavant.

« Le syndicat — a dit à ce propos un de ses principaux organisateurs — s'occupera d'abord, avec l'administration, de la question de la patente, dont les médecins de l'Ile étaient jadis déchargés, en échange des services rendus aux indigents, et qui est aujourd'hui fixée au quinzième du loyer.

« Il s'emploiera, ensuite, à défendre chacun de ses membres contre les débiteurs par trop sans gêne, contre la médecine illégale qui se fait impudemment partout, contre le magnétisme, etc.

« Sous prétexte de quarantaine, de cyclone, de tarif douanier, chacun a élevé ses prix et les honoraires des médecins sont restés les mêmes — pour ceux qui les payent encore. Le syndicat avisera sans doute à modifier la taxe des visites et des opérations.

« Enfin le syndicat aura à s'occuper de tout ce qui regarde notre profession à la Martinique. Et s'il n'obtient que ce seul résultat : resserrer les liens de la bonne confraternité, son institution serait encore un bienfait. Les médecins, ayant à chaque instant occasion de se rencontrer, se connaîtront mieux, s'apprécieront davantage, et, méditant cette parole d'un de nos aînés, le docteur O. Saint-Vel : « Il n'y a pas un client qui « vaille que deux médecins se brouillent à son « propos », ils resteront unis au grand bénéfice de tous. »

REPORTAGE MÉDICAL

Modifications proposées par les médecins des Bureaux de bienfaisance au projet de décret sur l'Assistance à domicile.

Art. II relatif à la composition du Bureau d'Assistance. — Nous proposons l'addition du paragraphe suivant :

6°... de deux médecins, soit du traitement à domicile, soit du service des consultations.

Art. XXIII relatif à la composition de la commission centrale d'assistance.

Nous proposons l'addition du paragraphe suivant :

7° ..., de deux médecins, soit du traitement à domicile, soit du service des consultations, désignés par leurs collègues.

Art. XXXII. Nous proposons son remplacement par le texte suivant :

Les consultations des dispensaires sont données par des médecins nommés au Concours dans les conditions établies par l'art. XXXIV.

Art. XXXIII relatif au mode d'admission des malades dans les hôpitaux. — Nous en proposons la suppression.

Art. XXXIV relatif à la nomination des médecins du traitement à domicile et des médecins du dispensaire.

Nous proposons de modifier comme suit le premier paragraphe.

Les médecins du traitement à domicile et les médecins du dispensaire sont nommés au concours par le Ministre de l'Intérieur, dans les mêmes conditions et pour la même durée que les médecins des hôpitaux.

Nous demandons la suppression du 2e paragraphe, ainsi conçu : « Tout médecin non réinvesti ne peut plus se représenter au concours. »

Nous demandons la suppression de la 2e partie du 3e paragraphe ainsi conçue « ...... posséder ce diplôme depuis deux ans au moins, ou justifier de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. »

Nous proposons la suppression de la seconde partie du dernier paragraphe ainsi conçue :

2° « ..., une indemnité variable, suivant le nombre de visites qu'ils ont faites pendant l'année. »

Pour la Société Médicale des Bureaux de Bienfaisance.

Dr Meugy, *Secrétaire*. Dr Le Coin, *Secrétaire Général.*

Société de Chirurgie de Paris.

PRIX A DÉCERNER EN 1894.

Prix Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des Hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de Chirurgie, publiée dans le courant de l'année* 1894. — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1.200 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de Chirurgie.*

PRIX A DÉCERNER EN 1895.

Prix Duval (300 fr.)

Prix Laborie (1.200 fr.)

Prix Gerdy (3.000 fr.). — Question : *De l'intervention chirurgicale dans les Sténoses du Pylore.*

Prix Démarquay (1.400 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, Résultats, Manuel opératoire.*

Prix Ricord (600 fr.). — *A l'auteur d'un mémoire de*

chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

— Une statistique, assez curieuse, qu'il serait intéressant de contrôler chez les enfants de nos écoles primaires. Elle a été faite par M. Stanley Hall sur un grand nombre d'enfants de 6 ans, de Boston, au moment de leur entrée à l'école.

M. Hall a constaté que 14 pour 100 de ces enfants n'avaient jamais vu d'étoiles ; que 45 pour 100 n'avaient jamais été à la campagne ; que 20 pour 100 ignoraient que le lait fût donné par les vaches ; que 55 pour 100 ne savaient pas que les objets en bois provinssent des arbres ; que 15 pour 100 ne connaissaient pas les couleurs verte, bleue, jaune, par leur nom ; que 47 pour 100 n'avaient jamais vu un porc, etc.

(*Médecine moderne.*)

— Programme des excursions, organisées sous les auspices du Comité d'Initiative et de Propagande du XIe Congrès international de médecine à Rome (29 Mars — 5 Avril 1894) par la Société française des Voyages pratiques, 6, boulevard des Italiens, Paris.

Les prix sont à forfait et comprennent tous les frais de voyages sans exception :

1° Les transports en chemins de fer et en bateaux.
2° Les omnibus à l'arrivée et au départ.
3° Le séjour dans les hôtels à Rome et pendant tout le voyage (repas, vin compris).
4° Les chevaux et voitures nécessaires pour les excursions et la visite des villes sans fatigue.
5° Les entrées dans les monuments et musées.
6° Les soins de ciceroni spéciaux pour donner toutes les explications nécessaires.
7° Les pourboires.

Le tout sous la conduite d'un guide interprète spécial chargé de l'exécution et suivant les programmes détaillés ci-après.

Mais nous ne devions point nous borner uniquement à faciliter l'assistance au Congrès. C'eût été là peut-être faire tout le nécessaire pour en assurer le succès, mais non répondre à ce qu'on était en droit d'espérer.

Il est évident que la plupart des médecins qui seuls ou en famille feront le voyage de Rome à l'occasion du Congrès, voudront en profiter pour visiter soit tout ou partie de l'Italie, soit la Sicile ou la Grèce, soit enfin pour revenir par la Tunisie et l'Algérie.

C'est dans cette pensée que nous avons arrêté une série de combinaisons destinées par leur variété à répondre à peu près à tous les désirs.

Première combinaison.

Itinéraire : de Paris à Gênes, Rome, Pise, Turin, retour à Paris. Prix : au départ de Modane (prix donné pour les personnes partant d'un autre point que Paris), 1re classe, 230 fr. ; 2e classe, 200 fr. Au départ de Paris, 1re classe, 300 fr. ; 2e classe, 245 fr.

Deuxième combinaison.

Itinéraire : De Paris à Gênes, Pise, Rome, Florence, Turin, Paris. Prix : au départ de Modane, 1re classe, 355 fr. ; 2e classe, 325 fr. Au départ de Paris, 1re classe, 425 fr. ; 2e classe, 365 fr.

Troisième combinaison.

Itinéraire : de Paris à Gênes, Pise, Rome, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin, Paris. Retour facultatif par le Saint-Gothard et la Suisse. Prix : au départ de Modane, 1re classe, 515 fr. ; 2e classe, 470 fr.; au départ de Paris, 1re classe, 590 fr. ; 2e classe, 520 fr.

Il existe une quatrième et une cinquième combinaison : l'une pour excursion en Grèce, l'autre pour excursion en Tunisie et en Algérie.

Prix de la 4e : 1re classe, 675 fr. ; 2e classe, 595 fr.
Prix de la 5e : 1re classe, 1150 fr.; 2e classe, 1055 fr.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3859. — M. le Dr Simonneau, à Maillezais (Vendée), présenté par M. le Directeur.

N° 3868. — M. le Dr Lemercier, du Havre, présenté par M. le Dr Lemercier père, du Havre et membre du Syndicat du Havre.

N° 3869. — M. le Dr Cosson, de Tigy (Loiret), membre du Syndicat du Loiret.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Descubes, d'Oradour-sur-Vayres (Haute-Vienne), et Vaysse, de Quillan (Aude), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

On lit dans le *Progrès Médical*, 3 février 1894 :

Vient de paraître :

Le supplément du Guide pratique des sciences médicales de M. Letulle, qui comprend quatre parties distinctes : un abrégé de *bactériologie clinique* de MM. Nicolle et Morax ; une étude des *maladies du foie, de l'estomac, du péritoine*, et du choléra, par M. Lesage ; un exposé de *séméiologie obstétricale* par M. Démelin. Notre rôle n'est pas de nous étendre sur la bactériologie clinique. MM. Nicolle et Morax ont en moins de 150 pages indiqué très clairement tout ce qui pourrait en bactériologie piquer la curiosité d'un praticien. Certains points, tels que la recherche du bacille de Koch, celle du bacille de Klebs-Lœffler, etc., sont d'une importance absolue dans nombre de cas pour l'institution d'une sage thérapeutique.

M. Lesage résume clairement dans son article des *maladies de l'estomac* les très savantes et très utiles études de MM. Hayem et Winter ; le praticien souvent embarrassé en présence d'une dyspepsie lui saura gré de lui permettre de se renseigner par la lecture de quelques pages et d'instituer un traitement rationnel dans nombre de cas où il était réduit à se borner à l'empirisme sinon au hasard. Nous en dirons autant pour l'étude pratique et brève du *choléra*, des péritonites et des maladies du foie, mais ce qui mérite le plus d'être apprécié c'est la *séméiologie obstétricale* ; M. Démelin y est alors, il est vrai, dans son élément. Tout médecin gagnera à lire son interrogatoire et son examen de la femme en couches ; l'étude de l'auscultation, de la palpation, du toucher y est faite avec une minutie et une concision parfaites si l'on songe que tout y est traité en détail et clairement en 129 pages. Prix franco : 4 francs.

L'anonyme Paul Lefert, qui, on s'en souvient, durant quelques mois, s'intitula Pr P. Lefort, a cru indispensable d'assembler dans un de ses manuels la copie textuelle de fragments de thèses ou de mémoires dont il néglige de donner l'origine et dont il rend, hélas ! responsables les maîtres éminents auxquels ces travaux ont pu être dédiés ! Ce plagiat grossier donne une idée absolument fausse de la pratique des éminents neuropathologistes, dont l'anonyme Lefert a émaillé son manuel, pareil au geai paré des plumes du paon. Ces copies maladroites ne peuvent être d'aucun secours aux étudiants auxquels elles paraissent s'adresser. En remerciant dans sa préface les *savants maîtres qui ont bien voulu lui donner des notes inédites !!!* nous regrettons que l'auteur de ce livre ne leur ait pas fait l'honneur de les citer. J. Noir.

(*Progrès Médical.*)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 7 17 Février 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Le *Bulletin médical* nous fait connaître l'opinion de M. le Ministre de la guerre, relativement au service militaire des étudiants en médecine. Le général *Mercier* a exposé, devant la commission sénatoriale de l'armée, les motifs pour lesquels il se montre défavorable à la proposition de loi de M. le Professeur *Cornil*.

Cette question du service militaire des étudiants, ayant été, de notre part, l'objet d'articles que le *Concours médical* a publiés depuis le mois d'août 1892, nous n'aurons, pour discuter les motifs allégués par M. le ministre, qu'à recourir aux arguments sur lesquels nous avons insisté à plusieurs reprises.

La première raison donnée par M. le ministre est celle-ci :

La loi de 1889 a aboli, d'une façon générale, les sursis d'appel.

C'est précisément le motif que nous avons invoqué, pour faire ressortir la nécessité d'une modification à cette loi, en ce qui concerne le service des étudiants en médecine. (Voir le *Concours médical* du 26 novembre 1892.) La Chambre des députés, dans sa séance du 3 novembre 1892, venait de voter le projet de loi permettant de nommer, au grade de sous-lieutenant, ceux des élèves de l'école centrale ayant satisfait aux examens de sortie. Ce projet de loi était une modification à l'art. 28 de la loi de 1889 et nous constations qu'il était urgent de faire subir une modification analogue à l'art. 23 de la même loi, qui est applicable aux jeunes gens poursuivant leurs études, en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, ou celui de pharmacien de 1re classe.

Or, demander cette modification à un article de la loi, en vue de satisfaire à un intérêt public de premier ordre, c'est rechercher la réalisation d'un progrès.

Deuxième raison. — *Les effectifs annuels sont inférieurs de 30,000 hommes à ce qu'ils devraient être, pour que notre armée fût aussi forte que l'armée de voisins puissants ; il ne faut par conséquent pas nous priver du contingent des étudiants en médecine et en pharmacie. Loin de diminuer les effectifs actuels, le ministre demandera une augmentation du nombre des hommes appelés sous les drapeaux, en restreignant les catégories privilégiées.*

Qu'il y ait nécessité d'exercer, pendant un an, les étudiants en médecine et en pharmacie au maniement du fusil Lebel et à des manœuvres de brancardiers, pour que notre armée soit aussi forte que celle de nos puissants voisins, c'est là une opinion que nous nous abstiendrons de discuter, ne connaissant pas les arguments dont s'est servi M. le Ministre, pour la faire adopter à la commission sénatoriale. Mais un moyen de ne pas avoir, vis-à-vis de l'ennemi, une situation numérique défavorable, est celui qui consiste à veiller avec plus d'attention qu'on ne l'a fait, jusqu'ici, à la conservation de nos soldats ; en d'autres termes, à économiser la vie humaine, suivant l'heureuse expression du Docteur Chenu, à qui on doit la relation de toutes les fautes et de toutes les négligences qui ont entraîné en Crimée et en Italie l'excessive mortalité qui a régné parmi nos troupes. « Le point important, en campagne, étant la « conservation des hommes et partant le main-

« tien de l'effectif combattant, on n'arrivera à « ce résultat qu'en cherchant à prévenir et à « combattre, dès le début, les causes imminentes « de réduction, les maladies qui déciment les « régiments. » (Chenu. De la mortalité dans l'armée.)

Ces quelques lignes ne démontrent-elles pas, de la façon la plus indiscutable, que l'année de stage demandée pour préparer les médecins de réserve au service dont ils seront chargés en temps de guerre, sera beaucoup plus utile à la conservation de nos effectifs, que la continuation des errements prescrits par la décision ministérielle d'octobre 1890 ?

Troisième raison. — *L'adoption de la proposition de M. Cornil en faveur des étudiants en médecine et en pharmacie ouvrirait la porte aux réclamations en faveur des séminaristes.*

Cette manière de voir ne peut résulter que d'une équivoque, due, sans doute, à la façon dont est rédigé le paragraphe ci-dessous de l'art. 23 de la loi militaire du 15 juillet 1889 :

« En cas de mobilisation, les étudiants en « médecine et en pharmacie et les élèves ecclé- « siastiques sont versés dans le service de « santé. »

Il est facile de voir que les nécessités de la rédaction ont fait insérer dans le même paragraphe le texte des dispositions à prendre au sujet des étudiants en médecine et des élèves ecclésiastiques. Mais au point de vue qui nous occupe, ces deux catégories sont absolument étrangères l'une à l'autre. Il est donc impossible de s'expliquer la connexité que Monsieur le Ministre de la guerre cherche à établir à l'égard de deux situations, qui n'ont rien de commun entre elles.

Quatrième raison. — *Enfin, l'adoption de cette proposition, d'après l'opinion du ministre de la guerre, occasionnerait une dépense, car on serait obligé de donner aux docteurs, ou internes, faisant une année de service, le grade d'officier. Ils ne pourraient nullement servir comme soldats.*

L'obligation de conférer le grade d'officier aux docteurs en médecine et aux internes, venant accomplir une année de service résulte, évidemment, de la nature des fonctions qu'ils exerceraient aux armées et de l'analogie qui existe entre leur situation et celle des élèves appartenant aux écoles centrale et forestière, à qui ce grade est attribué, à leur sortie de ces établissements. Quant à la dépense qui résulterait de cette obligation, elle n'est pas moins légitime que celle qui a pour objet le paiement de la solde à toutes les autres catégories d'officiers.

A plusieurs reprises, et notamment dans le n° du 24 juin 1893, nous avons montré, qu'en appelant les médecins du cadre auxiliaire à accomplir leur année de service, en qualité d'officiers de réserve, on réaliserait une économie sérieuse, car cette mesure dispenserait de recourir à l'*extension du cadre actif qui constituerait, pour le trésor, une source de dépenses extrêmement onéreuses*.

Telles sont les appréciations auxquelles nous paraissent donner lieu les arguments du ministre de la guerre. Ils semblent se résumer dans cette pensée : que la loi existante ne doit pas être modifiée et cela par la raison qu'elle existe.

Nos assemblées parlementaires partageront-elles ce sentiment ?

Espérons que non et comptons que l'Association de la presse médicale, le Concours médical, l'Association générale et les Syndicats vont redoubler d'efforts, auprès des deux Chambres, pour faire triompher auprès d'elles, les véritables intérêts de l'armée. Espérons qu'il se trouvera un orateur capable de défendre une si noble cause, sans avoir besoin de faire intervenir l'intérêt des médecins, qui n'est nullement en cause.

D'ailleurs peut-être la solution heureuse réside-t-elle dans la nouvelle proposition que MM. Cornil, Labbé et Lourties vont soumettre au général Mercier.

Dr Salomon.

LA SEMAINE MÉDICALE

Technique du procédé des tractions rythmées de la langue.

Afin que personne n'ignore ce procédé, dont nous avons montré l'importance et l'efficacité, qu'on nous permette encore d'exposer sa technique d'après M. Laborde lui-même :

Saisir solidement le corps de la langue (tiers antérieur) entre le pouce et l'index, avec un linge quelconque, ou le mouchoir qu'on a dans sa poche, ou même avec les doigts nus, et exercer sur elle, de quinze à vingt fois par minute, de *fortes tractions réitérées, successives, rythmées*, suivies de relâchement, en imitant les mouvements rythmés de la respiration elle-même.

Pendant les tractions, il importe de sentir que l'on tire bien sur la *racine* de la langue qui s'y prête, par son élasticité et sa passivité, surtout dans le cas de mort apparente.

Lorsqu'on commence à sentir une certaine résistance, c'est que la fonction respiratoire se rétablit, et que la vie revient : il se fait alors, habituellement, un ou plusieurs mouvements de déglutition, bientôt suivis d'une inspiration bruyante, un *hoquet inspirateur*, premier signe de la *reviviscence*.

Si, au moment de saisir la langue, les mâchoires sont encore contractées et les dents serrées, les écarter, en forçant, avec les doigts si c'est possible, ou avec un corps résistant quelconque, morceau de bois, manche de couteau, bouchon, dos de cuiller ou de fourchette, extrémité d'une canne, etc., etc.

S'il s'agit d'un *noyé*, en prenant la langue et tout au début des tractions, il est utile d'introduire l'index de l'autre main au fond de l'ar-

rière-gorge, de façon à aider à la provocation du vomissement, afin de dégager, autant que possible, l'estomac de l'eau ou des aliments qui l'encombrent.

On peut se servir, pour saisir la langue et tirer sur elle, d'une pince appropriée : pince linguale, en usage dans la chloroformisation, caoutchoutée ou mieux à pointes ; pince de trousse, à pansement ou à polype, pince hémostatique, etc.

Dans l'asphyxie du nouveau-né, la pince à pansement et la pince hémostatique (pince de Péan) ont été surtout, jusqu'à présent, mises en usage.

M. le Dr Budin a fait disposer une pince spéciale à cet effet.

Mais il ne faut pas oublier que l'on peut se passer de tout instrument, et se servir uniquement de ses doigts ; c'est ce qui donne au procédé toute sa valeur pratique, et qui le met à la portée de tous.

Traitement du croup.

D'après M. *Guelpa*, le traitement du croup doit être formulé de la manière suivante :

1° Le malade sera tenu dans une chambre assez grande, n'ayant pour tout mobilier qu'un lit autour duquel on puisse circuler, quelques chaises et une table qu'on pourra laver. Dans cette chambre ayant une température de 20°, l'atmosphère doit être humide, ce que l'on obtient facilement en faisant évaporer par ébullition de l'eau simple ou, ce qui est mieux, des décoctions faibles de plantes aromatiques. On changera l'air assez souvent et prudemment.

2° On donnera à l'enfant des aliments liquides ou demi-liquides pour éviter les efforts de la mastication et en conséquence la possibilité de déchirures de la bouche et de la gorge par les matières solides : on les donnera plutôt en grande quantité, de préférence le lait, le bouillon, l'eau, le vin, les grogs.

3° On veillera à ce que les fonctions intestinales soient régulières ; et s'il y a des complications on les traitera en conséquence.

4° S'il y a élévation de la température on donnera du quinine qui a l'avantage d'être en même temps un tonique et un antiseptique.

5° Qu'il existe ou non des fausses membranes dans le nez et dans la gorge, on fera quand même toutes les heures, et même plus souvent des irrigations abondantes dans ces cavités avec une solution chaude de perchlorure de fer ou de tannin (1 °/₀₀).

6° Dès que l'on soupçonnera l'existence du croup laryngé on procédera immédiatement au drainage de la trachée en observant toutes les règles de l'antisepsie. On lavera la région antérieure du cou avec la liqueur de Van Swieten ou avec la solution d'acide phénique à 1 % et on recouvrira la plaie d'iodoforme avant d'introduire le drain.

Pour pratiquer le drainage de la trachée, M. Guelpa emploie un tube solide de caoutchouc ayant le diamètre externe d'environ trois millimètres et l'interne d'un peu plus d'un millimètre. Ce tube, par la voie d'un trocart courbe d'un peu plus de trois millimètres de diamètre, doit être placé dans la trachée à une longueur de 5-6 centimètres, de manière que l'extrémité n'arrive pas bien loin de l'origine des bronches. Pour empêcher son déplacement en dedans ou en dehors, on l'entoure d'un fixateur spécial qu'on immobilise avec des bandelettes de dyachylon ou de collodion. Ce tube est gradué, afin de pouvoir se rendre compte de combien de centimètres on le fait pénétrer, et son extrémité externe est dilatée sur le modèle du tube de Faucher, pour rendre plus facile la communication avec l'irrigateur. L'irrigation doit être faite pendant que le malade est en position renversée avec la tête en bas.

Le moment de choix pour l'application du drainage est au commencement de l'évolution du croup. Cependant, en règle générale, il est toujours possible, s'il n'y a pas encore de tirage. Mais il y a une condition absolue qui doit empêcher de la pratiquer ; c'est l'existence d'accès de suffocation. Le motif en est que, à cette période, la fausse membrane a rétréci la lumière du larynx au point que le retour du liquide irrigué serait trop difficile pour ne pas dire impossible, et cela avec les conséquences très graves, que nous pouvons facilement supposer.

7° Toutes les deux heures et même plus souvent on lavera abondamment la trachée avec les mêmes solutions.

8° Quand malgré le traitement la sténose laryngienne continue à augmenter et que la sortie du liquide injecté devient plus difficile on aura recours immédiatement à la trachéotomie et on continuera à laver par l'ouverture de la canule jusqu'à complète guérison.

9° Pendant toute la durée du traitement le malade restera couché dans son lit en position oblique et avec la tête en bas, pour que les mucosités aient la tendance naturelle, en raison des lois de la pesanteur, à s'éliminer par la bouche, sans épuiser le fonctionnement déjà insuffisant des fibres musculaires et des cils vibratiles de la trachée.

Conduite à tenir en présence de la diphthérie dans la clientèle.

Nous avons eu maintes fois l'occasion de rappeler dans ce journal les précautions que nous regardons comme indispensables en présence d'un cas de diphthérie dans la clientèle ; mais nous y revenons, car il est des choses qu'on ne saurait trop avoir présentes à l'esprit, les occasions ne manquant malheureusement pas de les appliquer.

Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement, et surtout les enfants.

Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou des plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion.

Elles se nourriront bien, et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air. Elles prendront la précaution de se laver préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant par litre 30 grammes d'acide borique ou 1 gramme d'acide thymique.

Enfin, elles éviteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du malade. Les matières ren-

dues à la suite de quintes de toux ou de vomissements seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant par litre d'eau 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre.

Les linges, les vêtements, etc., souillés par le malade seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau maintenue bouillante pendant une heure au moins. Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade devront aussitôt après être plongés dans l'eau bouillante.

Quelle que soit l'issue de la maladie, la désinfection de la chambre est indispensable. On fera des fumigations de la manière suivante :

Après avoir fermé toutes les ouvertures, on placera sur un lit de sable une terrine contenant des charbons ardents sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube).

La chambre restera close pendant vingt-quatre heures, puis sera largement aérée. Les vêtements, linges, draps et couvertures ayant servi au malade seront désinfectés avant d'être envoyés à la lessive, avec une des solutions indiquées précédemment. Les matelas seront ouverts et laissés dans la chambre pendant la fumigation.

En ce qui concerne les médecins en particulier, on doit rappeler qu'ils doivent prendre de grandes précautions quand ils soignent des diphtéritiques, pour ne pas porter avec eux, par leurs mains, leurs vêtements, le germe de la maladie. Les mains, la barbe, les cheveux seront brossés et lavés après chaque visite. Pour les vêtements une seule mesure, qui est de plus en plus facilement acceptée par les familles, est pratique : c'est de mettre à chaque visite avant d'entrer dans la chambre, une grande blouse de toile par-dessus ses vêtements ordinaires. Cette blouse est retirée à la sortie. Elle est blanchie très fréquemment.

La déclaration pour la diphtérie (sous quelque forme qu'elle se présente) est actuellement obligatoire.

Inutilité du sulfate de quinine en dehors du paludisme.

Dans un article de l'année 1893, nous avons montré combien on avait à tort conservé cette vieille routine de donner le sulfate de quinine toutes les fois qu'on constate de la fièvre. Un nouvel et frappant exemple vient de nous être communiqué par un de nos sympathiques confrères. Ayant eu à soigner une malade atteinte de septicémie puerpérale très grave, accompagnée d'une hyperthermie de 40°5 et même 41°, il essaya de calmer cette fièvre par le sulfate de quinine (1 à 2 gr.) En médecin consciencieux et dévoué, il s'assura lui-même des effets de sa thérapeutique et ne remarqua aucun abaissement thermique à n'importe quel moment de l'administration du sulfate de quinine. Au contraire, ayant employé l'antipyrine à fortes doses, 2 et 3 grammes, il constata un abaissement thermique de 1 degré 1/2.

L'expérience est évidemment peu nouvelle ; toutefois, nous en profitons pour revenir sur la question et proclamer hautement avec notre confrère, que l'on devrait définitivement supprimer cette inepte pratique de donner de la quinine à tout fébricitant ; c'est perdre un temps précieux, puisque le but que l'on se propose n'est pas atteint et que la température reste absolument stationnaire. Ce peut être un bon tonique ; ce n'est pas un antithermique ; le sulfate de quinine ne guérit que la fièvre intermittente paludéenne.

Traitement galvanique de la tuberculose.

M. le Dr *Millot-Carpentier* nous communique une curieuse étude sur les différents modes de traitement de la tuberculose et en particulier sur une méthode spéciale, qui peut être appelée à quelques résultats, et qu'il nomme la *galvano-tuberculose*.

On sait ce que c'est que la galvanoplastie : on décompose par l'électricité une solution métallique, dont le métal pur va se déposer, molécule par molécule, du pôle positif au pôle négatif où se trouve l'objet à dorer, argenter, nickeler, etc. En partant de ce principe, on pouvait penser que si on parvenait à faire traverser les tissus par un courant chargé de particules métalliques, le mercure par exemple, on assurerait ainsi l'antisepsie absolue de la région traversée et on arriverait à obtenir la guérison des lésions tuberculeuses par la destruction sur place du bacille de Koch, quelles que soient les régions et les parties atteintes.

Une pile d'une douzaine d'éléments quelconques constitue tout l'appareil.

Si c'est au poumon qu'il s'agit de faire passer le courant métallique, un petit vésicatoire instantané à l'ammoniaque, ou bien et encore mieux une série de petites pointes métalliques traversent vivement la peau au moyen d'un instrument construit à cet effet : c'est une sorte de scarificateur de ventouses dont les lames sont remplacées par de petites pointes ; on crible ainsi la zone à galvaniser d'un certain nombre de petits trous microscopiques suffisants pour laisser passer les parcelles métalliques qui vont se distribuer, s'étaler tout le long du courant. La peau n'offre donc plus une barrière infranchissable aux substances métalliques qui, du reste, y ont toujours passé pour la plupart, malgré tout ce qu'on a pu en dire.

Une vingtaine de séances de 15 à 20 minutes modifient les lésions les plus accusées, hormis, bien entendu, celles de la dernière période. Les sueurs, la fièvre, l'hecticité disparaissent promptement ainsi que les bacilles des crachats. Le traitement général fait le reste.

A cette curieuse méthode de traitement, on peut en comparer une autre dont les effets ont été parfois surprenants, c'est celle de la chaleur intensive, que préconise M. le Dr Clado.

Lorsque le siège de la lésion tuberculeuse le permet, M. le docteur Clado la traite par la chaleur portée à un degré qui, de prime abord, paraît invraisemblable. On sait que le bacille de Koch ne vit pas au delà de 60 à 70 degrés. Pour les tuberculoses de la main et du coude, du pied et du genou, on fait une sorte de fourneau avec des briques fortement chauffées, on entoure la partie malade d'ouate et on la place au centre de ce fourneau. La température varie de 150 à 200 degrés, l'ouate roussit et cependant la peau,

protégée par l'évaporation de la sueur, ne souffre aucunement ; les bacilles sont détruits aussitôt et les trajets fistuleux se cicatrisent rapidement.

MÉDECINE PRATIQUE

Le diabète sucré à évolution lente.

Depuis que la chimie physiologique du foie nous a appris à connaître la pernicieuse maladie du diabète sucré, les études et les observations sur le traitement et l'hygiène de cette si fréquente affection abondent et nous apportent quelques nouveaux détails dont l'importance n'échappe à personne. — Parmi les nombreux savants, qui se sont voués à l'étude patiente et difficile de cette ardue question, M. le *Dr J. Worms*, de l'Académie de Médecine, est un des plus éclairés et des plus persévérants. A la suite de plusieurs communications sur le diabète sucré et pour les compléter, il vient de faire un nouveau travail sur la fréquence du diabète et l'extrême importance d'une forme de diabète encore mal connue, le diabète à évolution lente.

I.

FRÉQUENCE DU DIABÈTE.

Il est vraiment surprenant de voir dans quelles proportions augmente la fréquence du diabète. Pour les cas de diabète grave, bien caractérisés, il est rare que l'on ne fasse pas un diagnostic exact. Or, dit M. Worms, en consultant la statistique des décès dus au diabète établie par M. Bertillon pour la ville de Paris, on constate que la mortalité par le diabète a triplé depuis dix ans, 136 en 1883, 301 en 1892.

La mortalité ne saurait en aucune façon donner une indication sur la proportion des diabétiques moins gravement atteints, ou de ceux dont la maladie, restée ignorée jusqu'à la mort, se termine le plus souvent par la pneumonie, la tuberculisation, le coma diabétique pris pour un accident cérébral quelconque, etc., avec disparition de la glycosurie.

En conséquence, il y a d'autres diabétiques qui ne peuvent être compris dans la statistique et qui grossissent encore le nombre.

M. Worms a entrepris de prouver qu'en réalité, il y a beaucoup de diabétiques au monde, même parmi ceux qui se croient bien portants. Or ces malades qui ne s'en doutent pas, auraient intérêt à en être avertis, car un traitement bien dirigé les garantirait de bien des accidents qui leur arrivent tôt ou tard et dont ils ignorent la cause. Après avoir examiné d'une part l'urine de 600 ouvriers et petits employés, ayant beaucoup de fatigues corporelles, mais peu de labeur intellectuel, et d'autre part, l'urine de 100 personnes obligées à de grands efforts intellectuels, M. Worms conclut que le diabète est fréquent à partir de l'âge de quarante ans chez les hommes adonnés à des travaux intellectuels, soumis à des préoccupations et chargés de graves responsabilités.

« Ce qui me paraît trop ignoré, et que mes recherches établissent, c'est la fréquence du diabète latent que j'ai rencontré sept fois sur cent personnes. Et même cette proportion de 7 p. 100 est peut-être inférieure à la réalité.

« Il ne serait pas téméraire, je pense, d'avancer que si de pareilles enquêtes étaient faites dans n'importe quel milieu composé d'hommes livrés à des occupations sédentaires, exigeant une grande tension d'esprit et de puissants efforts intellectuels, on arriverait à un résultat semblable au mien. Je serais donc très disposé à croire qu'il existe 6 p. 100 de diabétiques dans des milieux semblables » (1).

II.

EXPOSÉ CLINIQUE DU DIABÈTE LATENT.

Ce qu'il y a de plus insaisissable jusqu'à présent dans l'étude du diabète à évolution lente, c'est le début qui ne se trahit jusqu'à un moment donné par aucun des symptômes caractéristiques, la polyurie, la polydipsie, etc.

« Les recherches précédentes démontrent que les cas de diabète latent sont fréquents. Un traitement et un régime méthodique pouvant maintenir ce genre de diabétiques dans des conditions de santé relativement favorables, on ne saurait trop insister sur l'avantage qu'il y a, surtout pour les personnes adonnées aux travaux de l'esprit, à connaître la composition de leur urine même en pleine santé.

« En dehors de ces analyses faites à l'état de santé, on ne pourra jamais connaître exactement ni les dangers latents du diabète, ni ses effets ultimes dans beaucoup de cas, car il est bien établi par tous les observateurs que la glycosurie disparaît le plus souvent au cours des affections fébriles. Comment dès lors connaître même approximativement le nombre de pneumonies d'origine diabétique et que l'on classe dans les pneumonies de cause indéterminée ? Un fait identique peut se produire même dans le cas de coma diabétique.

« Parmi les cas de diabète latent, on en trouve de fort accentués déjà, où la première analyse a révélé la présence de 20, 30, 40 grammes de sucre. Il est certain que le début de la glycosurie en pareil cas remonte à une époque déjà éloignée.

« Dans d'autres cas où on n'a trouvé que 3, 4, 5, 10 grammes, on peut admettre un début plus récent. Le traitement doit être nécessairement bien plus rigoureux dans le premier cas que dans le second. »

Ce qui fait l'extrême intérêt de ce travail, c'est que ces cas de diabète à évolution lente sont susceptibles de guérison ou au moins de grandes rémissions et compatibles avec une notable longévité.

La pathogénie de ce genre de diabète est forcément encore plus obscure que celle des cas graves, pour lesquelles elle est cependant loin d'être élucidée. Il faut bien l'avouer, il y a des diabètes même graves dont on n'a jamais pu localiser l'origine, malgré les remarquables travaux qui ont éclairci certains points de la question : la physiologie a montré que dans de nombreux cas, il fallait incriminer une lésion du foie, ou une lésion du pancréas, ou une affection cérébrale. La chimie biologique n'a encore presque rien dit ; à elle d'ouvrir des

(1) Communication à l'Acad. de Médec., déc. 1893.

horizons sur cette pathogénie comme sur celle de certaines albuminuries.

M. Worms considère trois types de diabète à évolution lente :

1° *Le diabète lent, facilement réductible.*
2° *Le diabète lent irréductible.*
3° *Le diabète périodique.*

Le premier type est assez fréquent :

Il ne se manifeste par aucun symptôme bruyant, tout au plus par un excès de fatigue, après de vives préoccupations ; mais pas de soif anormale, ni de polyurie.

A l'examen de l'urine, on trouve un peu de sucre, 10, 15, 20 grammes en 24 heures.

Un régime sévère et un peu de sulfate de quinine suffisent pour faire disparaître le sucre en quelques jours. La disparition peut durer ainsi plusieurs mois, puis elle fait place à de nouvelles décharges de sucre, tantôt le matin seulement, tantôt pendant quelques jours, à la suite d'écarts de régime considérables. La dose de sucre peut ainsi tomber à 2 ou 3 grammes par litre ou s'élever subitement, après cessation de tout régime, à 50 ou 60 grammes.

Ces alternatives ne paraissent pas altérer la santé du malade, qui ne *perd pas de son poids* et qui peut vivre quinze, vingt, et même trente ans, de cette façon.

Le deuxième type peut se rencontrer aussi assez fréquemment, quoiqu'il soit bien plus pernicieux. Le diabète est passé à l'état irréductible malgré le traitement dont la rigueur a dû être adaptée à sa tolérance, ou déjà irréductible à l'époque où il a été observé pour la première fois.

Les diabétiques de cette espèce peuvent se porter très bien et fort longtemps, à la condition que la quantité de sucre ne dépasse pas en moyenne 15 à 20 grammes par jour et qu'ils ne soient que faiblement polyuriques et azoturiques.

Ce qu'il y a d'extraordinaire dans ce type, ce sont les énormes différences que présentent les dosages du sucre dans l'urine un jour où un autre, quelquefois même le matin et le soir, 10 à 60 grammes du matin au soir ou inversement.

Les diabétiques appartenant à cette variété ne sont du reste pas absolument irréductibles, car par le traitement de Cantani on arrive, sans les rendre plus malades, à faire disparaître momentanément le sucre de leurs urines. Mais il n'y a à cela qu'un faible avantage, et les circonstances dans lesquelles ce traitement doit être appliqué, constituent un des points les plus délicats de la thérapeutique du diabète. A vouloir aller trop loin dans cette méthode, on provoque pour le moins des états dyspeptiques difficiles à guérir et parfois le coma diabétique.

Le troisième type est le type périodique, transitoire, intermittent.

Tout à coup, sans cause appréciable et en pleine santé, se produit un sentiment de fatigue, avec ou sans polyurie. On fait l'analyse des urines et on trouve 40, 50, 60 grammes de sucre et une quantité exagérée d'urée.

Un traitement énergique est appliqué ; la glycosurie cesse complètement en 10 ou 15 jours. Le malade reprend le régime normal, le sucre ne réapparaît pas. Tantôt il y a un peu d'azoturie, tantôt point du tout.

Puis, un an, deux ans après ou davantage, nouvelle poussée brusque glycosurique ; même traitement, mêmes résultats, quoique plus lents ; et ainsi de suite, sans altération notable de la santé.

Il est certain que la goutte, l'arthritisme, l'hérédité sont de gros facteurs prédisposants aux décharges glycosuriques, mais il faut bien admettre d'autres facteurs, d'autres agents provocateurs.

M. Worms attribue une grande importance aux impressions morales vives. Il cite, à l'appui de cette opinion, un fait qui mérite d'être rapporté :

Le caissier d'un grand établissement, chez lequel on a constaté, il y a dix-huit ans, un diabète de l'espèce réductible, resté soumis au régime mixte et à la quinine, était depuis quelques mois exempt de glycosurie.

Un jour, on trouve subitement dans l'urine du matin 55 grammes de sucre. Il n'a fait aucun gros écart de régime, n'a éprouvé aucun malaise, n'a à se souvenir d'aucune impression pénible, d'aucun souci particulier.

En l'interrogeant avec insistance, on apprend que l'avant-dernière nuit, qui a précédé l'apparition de la glycosurie, un violent cauchemar a troublé son sommeil ; il a rêvé qu'on lui avait volé sa caisse. Certes, dans ce cas, l'émotion causée par un rêve a suffi pour provoquer cette augmentation passagère de la glycosurie.

III

TRAITEMENT.

De cet exposé clinique, une seule conclusion peut être tirée. Le diabète à évolution lente peut être heureusement modifié, sinon guéri par le traitement, mais on ne peut même pas soupçonner son existence par les symptômes, puisqu'il n'y en a pas ; l'examen de l'urine s'impose, même quand on n'a pas de raisons apparentes pour le pratiquer.

Les diabétiques de cette catégorie, étant le plus souvent des gens intelligents, il est facile de les habituer à faire eux-mêmes fréquemment une analyse quantitative de leur urine au point de vue du sucre.

Dans la forme lente réductible, en effet, et surtout dans la forme intermittente, il n'est pas indifférent de soumettre à un régime rigoureux une personne qui n'a perdu qu'à un faible degré la faculté de comburer son sucre, ou qui, à un moment donné, la retrouvera en totalité. Il y a tout bénéfice à permettre une alimentation presque normale lorsque cette faculté de combustion reparaît, afin de mettre les diabétiques à l'abri d'accidents dyspeptiques et d'un découragement qui par contre-coup favorise la glycosurie.

Il y a aussi, à cette notion exacte de l'état de l'urine, cet avantage de pouvoir étudier l'influence très variable, de certains aliments hydrocarbonés, en particulier de certains fruits qui sont inoffensifs pour les uns, nuisibles pour les autres.

Mais s'il est nécessaire que le diabétique sache apprécier lui-même à chaque instant la présence et la quantité de sucre dans son urine, il est de toute nécessité que, le plus fréquemment possible, d'autres recherches, celle des autres élé-

ments normaux ou anormaux de l'urine et surtout la détermination du poids de l'urée, soient faites par un pharmacien ou un chimiste expérimenté.

Un procédé qui donne des résultats très suffisants dans la pratique est celui de M. Bruel, pharmacien à Arrou (Eure-et-Loir).

Il consiste en un tube à essai très exactement gradué ; on ajoute l'urine diluée goutte à goutte dans une quantité déterminée de liqueur de Fehling et un tableau annexé à l'appareil indique, d'après le nombre de gouttes d'urine employées pour produire la précipitation de l'oxydule de cuivre, la quantité de glycose par litre.

Il y a parfois une petite difficulté dans l'appréciation de la transformation en jaune ou en rouge de la couleur bleue ; on peut y obvier pratiquement, grâce au procédé de M. Meillère. Il est basé sur la décoloration de la liqueur de Fehling par l'addition du cyano-ferrure de potassium, qui s'obtient sans précipité :

On ajoute à 10 centimètres cubes de liqueur de Fehling 2 centimètres cubes de ferrocyanure de potassium (cyanure jaune) au 1/10 et 10 centimètres cubes d'eau. Il suffit de dépasser légèrement le terme de la réaction pour provoquer la formation d'un précipité grisâtre qui met en garde l'opérateur et lui permet d'effectuer un second dosage avec la plus grande précision. On substitue à la burette le compte-goutte officinal donnant 20 gouttes au gramme avec l'eau distillée.

Il faut aussi montrer aux diabétiques le maniement du pèse-urine, afin qu'ils connaissent la densité de leur urine.

Aucune de ces précautions n'est inutile, et plus les diabétiques constateront facilement eux-mêmes la bénignité de leur affection, meilleures seront les conditions de leur avenir.

L'état moral, en effet, on ne saurait trop le dire, joue un rôle prépondérant dans l'évolution du diabète à forme lente. Aussi toute cause de satisfaction, de repos d'esprit, la distraction, les voyages ramènent souvent à son intégrité et pour un temps relativement long la faculté amoindrie de l'organisme de détruire le sucre.

Les voyages, le séjour dans les montagnes, ont une heureuse influence sur le diabète réductible. Le régime alimentaire (suppression de tout aliment sucré, fruits, gâteaux, crèmes), suppression des liqueurs fermentées (vins blancs, bière, cidre, poiré), suppression des farineux et féculents ; alimentation presqu'exclusivement carnée (viandes grillées, croûte de pain, pain de gluten), est réellement d'une importance capitale.

Dès que l'on trouve du sucre dans une urine chez une personne ayant l'apparence d'une bonne santé, il faut la soumettre à un régime alimentaire plus ou moins rigoureux selon que le sucre disparaît plus ou moins facilement. Quelquefois la diète carnée est nécessaire ; d'autres fois il suffit de réduire l'usage du pain à 50 ou 100 grammes dans les vingt-quatre heures et d'interdire le sucre, les féculents, les fruits, etc.

Rien ne presse pour arriver au résultat désiré. Souvent on obtient la réduction au quatrième ou cinquième jour avec le régime. Si, au bout de quarante-huit heures, la quantité de sucre n'a pas diminué de moitié, il faut prescrire la diète carnée et limiter la quantité des aliments.

Il est surtout important de donner un régime tolérable, approprié à chaque type de diabète.

Dans le cas de diabète réductible, dès que le régime a fait disparaître le sucre, il vaut mieux relâcher un peu sa rigueur, et laisser le malade tâter sa susceptibilité personnelle, en analysant chaque jour l'urine, et essayant quelques-uns des aliments qui sont préférés par lui.

Le principal est qu'il n'y ait pas de variation notable du poids du corps ; à la rigueur, 8 à 10 gr. par litre ne sont pas inquiétants.

Je préfère laisser manger 60 grammes de pain qui est agréable au malade que 120 grammes de pain de gluten qui lui déplaît, la quantité d'amidon ingérée étant à peu près la même dans les deux cas.

Dans la forme irréductible lente, il faut être déjà plus attentif au choix des aliments et revenir au régime plus sévère dès qu'il se manifeste de la soif, de la polyurie et que la quantité de sucre dépasse 20 grammes par litre. Encore, dans ces cas, la polyurie s'élève rarement au delà de 2 litres ou 2 litres et demi.

Mais on devra toujours se garder d'une rigueur excessive dans le mode d'alimentation.

Dans la forme intermittente, il faut arriver rapidement à la réduction, et laisser ensuite le sujet prendre les aliments qui sont en rapport avec ses moyens de brûler son sucre ; il est essentiel, en pareil cas, de faire des analyses quotidiennes.

En dehors du régime alimentaire, il faut conseiller l'exercice au grand air, une promenade quotidienne d'une heure par exemple, mais pas d'exercices violents.

Les eaux alcalines ont une heureuse influence sur la glycosurie à évolution lente, quand les cures sont faites strictement.

M. Worms conseille en outre l'emploi de quelques médicaments, le sulfate de quinine d'abord et l'arsenic ensuite.

Le sulfate de quinine peut être pris à la dose de 25 à 30 centigrammes par jour pendant de longues années sans inconvénient pour l'estomac.

Chez des diabétiques réductibles, plusieurs fois ramenés à l'absence de glycosurie par un régime plus sévère, le sucre reparaît au bout de quelque temps sous l'influence d'un régime moins rigoureux. Remis au régime rigoureux seul, le sucre disparaît au bout de 8 à 10 jours. Mais si on associe la quinine au régime, la réduction est obtenue dans un temps plus court et la continuation de ce médicament permet au diabétique de prendre une quantité plus grande d'aliments hydro-carbonés, ce qui est toujours un grand profit pour la santé.

Les lotions froides sur la tête, répétées deux fois par jour, sont très efficaces, d'après M. Worms; enfin, il est utile de recourir fréquemment aux purgatifs salins. Du reste, pour l'hygiène que doit observer tout diabétique, nous ne pouvons que renvoyer à l'article de notre confrère Jourdan, paru dans le *Concours* en 1893, page 364.

D[r] Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Séance du 27 décembre 1893.

La séance est ouverte à trois heures au siège social, 23, rue de Dunkerque, Paris.

Etaient présents : MM. Cézilly, président, Maurat, Gassot, Jeanne et Archambaud.

Le procès verbal de la séance du 8 décembre est lu et adopté, sans observations.

Le Conseil s'occupe, alors, de déterminer la composition du numéro de propagande qui portera la date du 6 janvier 1894, n° 1 du « *Concours Médical* ». Il décide d'y faire entrer : 1° l'exposé des motifs de la nouvelle création du *Concours*, et du but général qu'elle poursuivra ; 2° la reproduction des statuts ; 3° le rapport de l'actuaire qui a servi de point de départ dans la rédaction de ceux-ci ; 4° le procès verbal de la première séance du Conseil d'administration provisoire.

Lecture est ensuite donnée par le Président et le Secrétaire général, de nombreuses lettres, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., et bonne note est prise de quelques critiques, idées ou conseils, relativement aux statuts, à l'administration et à la propagande. Suivant la demande de plusieurs confrères, il est décidé en particulier que le Conseil priera tout adhérent nouveau de désigner les noms de plusieurs des médecins de sa région qui pourraient sans trop de dérangement, de part et d'autre, remplir la mission d'examinateur.

M. le Dr Jeanne propose de donner le titre de *délégué départemental* à celui de nos confrères qui, dans chaque département, accepterait de : 1° consacrer tous ses efforts à la propagande régionale en faveur de l'Association amicale ; 2° choisir dans les arrondissements des *correspondants* appelés à examiner les adhérents nouveaux, et à visiter au besoin les sociétaires malades ; 3° représenter l'Association dans les cas de litige, s'il s'en produisait dans son département.

M. le Dr Cézilly fait remarquer qu'il conviendrait dans ce cas de limiter le moins possible le chiffre des *correspondants*, afin que leur tâche soit d'autant plus facile qu'ils seront plus nombreux.

MM. Maurat, Gassot et Archambaud, approuvent la proposition, et le Conseil invite le Président et le Secrétaire général à préparer la liste des médecins auxquels il conviendrait d'offrir le titre de *délégué départemental* en choisissant les membres des Bureaux des Sociétés locales et des commissions administratives, des bureaux des Syndicats, les membres du « Concours », ou les confrères qui ont montré le plus d'initiative dans les œuvres d'intérêt professionnel.

Le Conseil prononce ensuite sur l'admission des confrères dont les dossiers ont été remplis et retournés au Secrétaire général. Quelques retards, de cause involontaire, s'étant produits, il est décidé que par exception toutes les admissions prononcées pendant le premier trimestre de 1894 porteront la date du 1er janvier 1894.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à sept heures.

Ont signé le présent procès-verbal, les membres présents, MM. Cézilly, Gassot, Maurat, Jeanne et Archambaud.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réorganisation du Conseil supérieur de l'Assistance Publique

Le ministre de l'Intérieur vient de faire signer au Président de la République un décret réorganisant le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Voici ce décret :

Art. 1er. — Le conseil supérieur de l'assistance publique est composé de soixante membres, savoir : quatorze membres de droit et quarante-six membres nommés par décret.

Sont membres de droit du conseil :

1° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

2° Le directeur de l'administration départementale et communale ;

3° Le directeur de l'administration pénitentiaire ;

4° Le directeur du service de santé au ministère de la guerre ;

5° Le directeur du service de santé au ministère de la marine ;

6° Le président du comité consultatif d'hygiène publique de France ;

7° Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ;

8° Les inspecteurs généraux de l'assistance publique ;

9° Le directeur de l'assistance publique de Paris ;

10° Le directeur du Mont-de-Piété de Paris.

Les membres nommés par décret comprennent six sénateurs, douze députés, vingt-huit personnes désignées soit par les fonctions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence spéciale.

Art. 2. — La partie du conseil composée de membres nommés par décret est renouvelée par moitié tous les deux ans. Les membres sortants peuvent être l'objet d'une nouvelle nomination.

Tout membre nommé en remplacement d'un autre ne demeure en fonctions que pendant la durée du mandat confié à son prédécesseur.

Les membres du Parlement ne sont nommés que pour la durée de la législature pendant laquelle ils ont été investis.

Les membres nommés par décret cessent de faire partie du conseil lorsqu'ils perdent la qualité en raison de laquelle ils ont été désignés.

Un membre nommé par décret, qui, sans excuse ou sans motif légitime, aurait manqué à trois convocations successives, peut être déclaré démissionnaire par le ministre de l'intérieur.

Art. 3. — Les séries sortantes sont désignées par la voie du tirage au sort dans les formes et les conditions déterminées par le ministre de l'intérieur.

Art. 4. — Le conseil supérieur de l'assistance publique tient chaque année deux sessions ordinaires dont la date est fixée par le ministre de l'intérieur.

Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre de l'intérieur.

Art. 5. — Le ministre de l'intérieur est président d'honneur du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le conseil élit dans son sein un président et deux vice-présidents.

Le ministre de l'intérieur nomme le secrétaire général, qui peut être choisi en dehors des membres du conseil.

Art. 6. — Les conditions de fonctionnement du conseil supérieur de l'assistance publique non prévues par le présent décret sont réglées par le ministre de l'intérieur.

Déontologie médicale.

M. le Professeur Grasset termine son étude par la déontologie spéciale des médecins d'eaux et des spécialistes.

On verra que ses préceptes se rapprochent singulièrement de ceux qu'a exposées M. le Dr Janicot. Il n'en pouvait d'ailleurs être autrement ; quand on prend comme règles de conduite la dignité médicale et le savoir vivre, on arrive forcément aux mêmes conclusions.

Médecins d'eaux et spécialistes.

1° Quand un médecin a prescrit une saison d'eaux minérales à un malade, il a le droit strict de lui tracer en détails le traitement qu'il aura à suivre. Mais, dans la presque totalité des cas, il ne doit pas agir ainsi.

Il doit adresser son malade à un des membres de la station.

2° Il remet alors pour ce médecin d'eaux une lettre, plus ou moins détaillée suivant le cas, dans laquelle il donne, avec son diagnostic, les motifs qui ont déterminé le choix de cette station.

Il y ajoute les particularités qu'il croit utiles à l'organisation du traitement et, tout en laissant le médecin de la station maître de la direction quotidienne, il peut même ajouter (de confrère à confrère) quelques indications sur la manière dont il comprendrait le traitement.

3° Le médecin d'eaux institue et dirige le traitement pendant le séjour du malade dans la station.

Il est, pendant tout ce temps, entièrement substitué au médecin ordinaire, dont il a tous les droits et tous les devoirs.

4° Au départ du malade, le médecin d'eaux doit lui remettre, pour le médecin ordinaire, une lettre dans laquelle il résume le traitement suivi dans la station, les incidents survenus pendant le séjour et ses propres vues sur le cas.

Il peut, s'il le juge à propos, ajouter quelques conseils pour le traitement ultérieur du client.

Mais ces conseils sur le traitement ultérieur ne peuvent figurer que dans une lettre au médecin ordinaire.

Le médecin d'eaux doit s'abstenir (quoiqu'il ait le droit strict de faire le contraire) de donner directement au malade (et pour lui) une consultation écrite pour les mois qui suivent la cure, consultation dans laquelle le médecin d'eaux aurait l'air de se substituer au médecin ordinaire ou de vouloir le faire mettre de côté.

J'engage aussi les médecins d'eaux (quoique là encore ils aient le droit absolu de faire le contraire) à ne pratiquer pendant la saison d'eaux, à leurs clients (et clientes) que les opérations chirurgicales d'urgence absolue, réservant aux médecins ordinaires les interventions (même gynécologiques) qui ne sont pas absolument pressantes.

5° Pour l'hydrothérapie, quand il n'y a pas de médecin spécialement attaché à l'établissement, le médecin ordinaire doit fixer par le détail le traitement à suivre et sa technique.

Mais s'il y a un médecin spécial attaché à l'établissement dans lequel on envoie le malade, les devoirs réciproques du médecin traitant et du médecin hydropathe sont les mêmes que pour les médecins d'eaux.

6° Mêmes règles aussi pour les rapports avec les médecins électriciens.

7° Les spécialistes (oculistes, laryngologistes, etc.) doivent toujours demander à leur client de ne venir les trouver qu'avec l'autorisation, et si c'est possible avec une recommandation de leur médecin ordinaire.

Le médecin traitant peut ne demander au spécialiste qu'un diagnostic et une consultation : le spécialiste fait tous les examens nécessaires, rédige la consultation et renvoie le malade à son médecin traitant.

D'autres fois, le médecin ordinaire confie complètement son malade au spécialiste, non seulement pour diagnostiquer, mais pour traiter entièrement la maladie locale dont il est atteint.

Le spécialiste s'acquitte alors de cette tâche en tenant de temps en temps le médecin ordinaire au courant de ce qui se passe, en le conviant même parfois, s'il y a lieu, à des visites communes.

Quand la maladie locale est finie, le spécialiste n'oublie pas que son rôle est terminé et renvoie le malade au médecin ordinaire avec une lettre explicative ou après une visite commune.

8° Les devoirs seront les mêmes pour un chirurgien ou un accoucheur appelés par un confrère qui fait exclusivement de la médecine.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires.

Situation pécuniaire du malade. Notoriété du médecin.

En cas de contestation sur les honoraires, les Tribunaux doivent, pour se prononcer, avoir égard non seulement à la situation pécuniaire du malade, mais encore à la notoriété que le médecin a pu acquérir par ses travaux et ses découvertes.

C'est ce qu'a décidé le Tribunal civil de la Seine (5e chambre) par un jugement en date du 5 décembre 1893 et dont voici les considérants :

« Attendu que L... demande au Tribunal de déclarer que, moyennant le paiement de la somme de 700 francs effectué dès juillet 1892, il se trouve libéré de sa dette envers le docteur D..., pour les soins médicaux à sa femme ;

« Attendu que, de son côté, D... réclame à L... une somme de 800 francs pour solde de sa créance ;

« Attendu qu'il résulte des documents de la cause que le docteur D... avait formellement stipulé un honoraire de 1.500 francs pour le traitement qu'il devait faire suivre à la dame L... et que L... avait accepté ce chiffre ; que la preuve en ressort notamment du reçu à valoir que le docteur envoyait à L..., sur sa demande expresse, vers le 20 juillet, et où il était spécifié que les 800 francs dus seraient payés le 1er octobre suivant ;

« Que si D... avait alors formulé pour la première fois le chiffre de 1,500 francs, et si L..., en tout cas, ne l'avait pas admis, il n'eût pas manqué de protester dans les lettres qu'il écrivait ensuite au docteur pour le tenir au courant de l'effet de son traitement ;

« Que c'est seulement en novembre, et alors que D... lui avait rappelé à deux reprises différentes l'échéance de sa dette, qu'il a formulé la prétention soumise au Tribunal ;

« Attendu d'ailleurs qu'en matière d'honoraires de médecin, on doit avoir égard non seulement à la situation pécuniaire du malade, mais encore à la notoriété que le médecin a pu acquérir par ses travaux et par ses découvertes ;

« Que, tenant compte de la position du mari de la malade, de la grande situation médicale du docteur D..., le chiffre des honoraires ci-dessus n'était pas exagéré ;

« Que rien ne forçait L... de venir faire appel à la science du docteur et qu'il doit accepter les conséquences de son choix.

« Par ces motifs,

« Déclare L... mal fondé dans sa demande, l'en déboute ;

« Reçoit le docteur D... reconventionnellement,

demandeur, et condamne L... à lui payer la somme de 800 francs ;

« Condamne L... aux dépens. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Loiret.

Nous avons publié dans le numéro 45 (11 novembre 1893) le règlement du service proposé pour le Département du Loiret.

Les médecins de la ville d'Orléans ont pensé qu'il était préférable d'avoir un service municipal indépendant et répondant aux conditions spéciales que réclame une grande ville. S'inspirant des règles qui ont présidé à l'établissement du projet départemental, ils ont nommé une Commission chargée de rédiger le projet municipal, et d'y annexer un service de nuit et un service d'urgence pour les dimanches et jours fériés.

Ce projet a été discuté dans une réunion du Cercle de l'arrondissement d'Orléans présidée par M. le Dr Gassot, Secrétaire-général du Syndicat et Président du Cercle, sur le rapport présenté au nom de la Commission par M. le Dr Dufour.

Il a été adopté avec quelques amendements, puis déposé sur le Bureau du Conseil municipal d'Orléans par M. le Dr Halmalgrand.

Le Conseil municipal a nommé, à son tour, une Commission de cinq membres chargée d'étudier le projet et de faire un rapport.

Nous donnons le texte de ce projet en priant nos lecteurs de vouloir bien se reporter au projet départemental contenu dans le numéro du *Concours* ci-dessus désigné.

Projet de règlement pour le service de l'Assistance médicale, le service de nuit et le service d'urgence de la ville d'Orléans.

I.

Organisation générale. Médecins du service.

Article premier. — Les Médecins du Service de l'Assistance de la ville d'Orléans sont nommés par le Maire.

Pour les vacances à venir, le choix du Maire portera sur une liste de trois noms (par place vacante) dressée par les Médecins du Service de l'Assistance de la ville.

Art. 2. — La durée de leurs fonctions est de cinq années. Ils peuvent être renommés à l'expiration de leurs fonctions.

Art. 3. — Les Médecins du service sont au nombre de huit. Ils se suppléent entre eux.

Art. 4. — Ils sont chargés, chacun dans sa circonscription, du traitement des malades à domicile.

Ils doivent en outre, à tour de rôle, assurer le service de la consultation gratuite, ainsi que les services d'urgence et de nuit.

Art. 5. — La Ville est divisée en huit circonscriptions pourvues chacune d'un Médecin de service.

La délimitation des circonscriptions et leur répartition sont faites, chaque année, par le Maire, sur la proposition des Médecins du Service.

Art. 6. — Les Médecins du Service désignent, chaque année, un de leurs collègues chargé de les convoquer lorsqu'il le juge utile ; de régler les détails du fonctionnement du service ; de dresser, chaque mois, le tableau des Médecins chargés de la consultation, des services de nuit ou d'urgence ; de centraliser les bulletins de visite dont il est question plus loin ; de faire les travaux de statistique, et plus généralement de correspondre au nom des Médecins du Service avec le Maire et le Bureau d'Assistance.

II.

Fonctionnement général du service. Visites à domicile.

Art. 7. — Les malades doivent, s'ils sont en état de se déplacer, se rendre à la consultation.

S'ils sont alités ou incapables de marcher, ils ont le droit de réclamer la visite du Médecin de la circonscription.

Ils ne doivent être envoyés à l'Hôtel-Dieu que lorsqu'ils sont dans l'impossibilité absolue d'être soignés chez eux ou lorsque leur état nécessite une opération grave.

Art. 8. — Le Médecin de la Circonscription pourra, s'il le juge utile, provoquer une consultation avec un autre Médecin du Service.

Dans ce cas, les deux médecins procèdent comme s'ils avaient fait chacun une visite au malade.

Art. 9. — Toute famille qui compte des membres inscrits sur la liste d'assistance reçoit une feuille spéciale portant les noms, prénoms et âges de ceux de ses membres qui sont admis au service de l'Assistance Médicale.

Cette feuille porte *au verso* les conditions générales du fonctionnement du service. Elle sert de couverture au carnet de feuilles de visites dont il est fait mention dans l'article suivant.

Art. 10. — Le Président du Bureau d'Assistance remet, tous les ans, à chaque famille, un carnet de feuilles de visites.

Ce carnet est analogue à celui du Service départemental.

Art. 11. — Lors de chaque visite qu'il fait au domicile des malades, le Médecin du Service détache une feuille du carnet de visite que lui présente la famille et porte sur la souche le nom du malade et la date de la visite. Sur la feuille détachée il inscrit pareillement le nom du malade, la date de la visite et la nature de la maladie. Il consigne également si le malade était incapable de se rendre à la consultation et s'il avait besoin d'être visité à domicile.

III.

Consultations.

Art. 12. — Une consultation sera faite, tous les jours, sauf les dimanches et jours fériés, dans les locaux spécialement désignés, par un des Médecins du Service.

Un roulement sera établi, entre eux, au commencement de chaque année.

Art. 13. — La durée de la consultation est de une heure au moins.

Les portes ouvertes une demi-heure à l'avance seront fermées dès le commencement de la consultation.

Art. 14. — Les malades devront se présenter munis de leur carnet, dont une feuille spéciale recevra un timbre indiquant la date de la consultation.

Les nom et prénoms du consultant seront inscrits en face de ce timbre.

IV.

Service de nuit.

Art. 15. — Un service médical de nuit est installé dans la Ville d'Orléans et fonctionne, en toute saison, de dix heures du soir à six heures du matin.

Art. 16. — Ce service est assuré par les Médecins du Service de l'Assistance.

Art. 17. — Toute personne, assistée ou non, qui aura besoin d'un médecin pendant la nuit, pourra se rendre au poste de police de l'Hôtel de Ville.

Art. 18. — Un agent de police se détachera immédiatement du poste et accompagnera le réclamant au domicile du médecin de service. (Un tableau indiquant le roulement des médecins sera, à cet effet, affiché dans le Poste.)

En cas d'absence du médecin, l'agent devra conduire le réclamant au domicile d'un autre médecin.

L'agent accompagnera le praticien au domicile du malade et le reconduira à son habitation.

Art. 19. — S'il s'agit d'un malade inscrit sur la liste d'Assistance, le médecin détachera une feuille d'un carnet à souche que lui remettra l'agent (carnet analogue à celui dont il est parlé à l'article 10 mais dont les feuilles seront d'une couleur différente). Il inscrira sur le talon la date de la visite, le nom du malade et la nature de la maladie.

Les mêmes indications seront reproduites sur la feuille détachée.

Le médecin indiquera encore s'il y avait réellement lieu d'appeler le médecin pendant la nuit et, s'il y avait abus, il informerait immédiatement le Président du Bureau d'Assistance.

Art. 20. — S'il s'agit d'un malade non assisté, le prix de la visite sera préalablement versé entre les mains de l'agent qui délivrera un reçu détaché d'un carnet à souche spécial et remettra l'argent au médecin appelé. Les prix réclamés seront ceux du tarif du Syndicat Médical du Loiret.

V.

Service d'urgence.

Art. 21.— Un service d'urgence fonctionne, les dimanches et jours fériés, de six heures du matin à dix heures du soir, dans les mêmes conditions que le service de nuit. Toutefois, pour ce service l'agent ne sera pas tenu d'accompagner le médecin au domicile du malade ; il se contentera de conduire le réclamant chez le médecin et de remettre à celui-ci soit le prix de la visite, soit, s'il s'agit d'un malade assisté, une feuille détachée d'un carnet à souche analogue à ceux dont il est parlé plus haut, mais d'une couleur différente.

Le médecin ne devra se déranger que sur réquisition d'un agent.

VI

Contrôle. — Honoraires des médecins.

Art. 22. — A la fin de chaque mois, les feuilles de visites simples, celles de visites de nuit ou d'urgence sont adressées au médecin de l'assistance désigné par ses collègues comme il est dit à l'article 6.

Celui-ci les transmet au Président du Bureau d'Assistance (auquel elles doivent parvenir le cinq du mois suivant) en y joignant le nombre des consultants pendant le mois.

Ces renseignements servent au contrôle du service et à l'établissement des honoraires alloués aux médecins.

Art. 23. — Pour les visites simples, les honoraires des médecins sont fixés de la manière suivante :

1° Dans un périmètre compris entre les rues du Baron, des Beaumonts, le boulevard de Chateaudun, les rues de la Bourie Blanche, de Bel-Air, du Château-Gaillard, de Bellébat, de l'Église Saint-Marc, la venelle allant de l'octroi de Saint-Marc au faubourg Bourgogne en face l'École Normale, dans le faubourg Bourgogne par le numéro 72 et sur le quai du Roi par le numéro 19, les rues de la Brèche, des Anguignis, de la Mouillère, de la Cigogne, Fosse de Meule, Tudelle, de Pelletier-Sautelet — le prix de la visite est de un franc.

2° En dehors de ce périmètre, le prix de la visite est de 1 fr. 50.

Art. 24. — Les visites d'urgence sont payées deux francs sans délimitation de distance.

Art. 25. — Les visites de nuit sont payées cinq francs.

Art. 26. — Pour les consultations, le prix est fixé à cinq francs par consultation à la condition toutefois que le nombre des malades pour consultation ne soit pas, en moyenne pour l'année, supérieur à dix.

Si cette proportion était dépassée il y aurait lieu de dédoubler les consultations.

Art. 27. — Un règlement spécial déterminera les opérations qui peuvent donner lieu pour les médecins du service à une allocation particulière et le montant de l'allocation pour chacune d'elles.

VII.

Services des accouchements et de la pharmacie.

Les services de la pharmacie et des accouchements pourraient fonctionner comme au service départemental.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Académie de médecine a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Au premier tour de scrutin, M. Raphaël Blanchard a été nommé par 57 voix contre 18 accordées à M. Huchard, 1 à M. Legroux et 1 à M. Ferrand.

M. Raphaël Blanchard est le plus jeune membre de l'Académie, il est âgé de trente-sept ans à peine.

— *Courtoisie médicale.* — Un médecin des hôpitaux de Paris, le Dr B... se trouvait à Naples, l'année dernière, aux fêtes de Pâques. Il se rendit à l'hôpital pour assister à la visite du professeur *Galozzi* et se présenta à celui-ci, qui lui fit les honneurs de son service, où se trouvaient une douzaine d'élèves et d'étudiants. On passe dans l'amphithéâtre, qui, à la surprise du Dr B. se trouve comble. A l'entrée du médecin étranger des sifflements unanimes viennent l'accueillir. Le professeur intervient ; le silence se rétablit ; la leçon se poursuit sans encombre. On se lève pour sortir et les mêmes gracieuses manifestations accompagnent le Dr B.. qui s'efforce de ne rien manifester de son extrême surprise.

Nous racontons cette petite anecdote pour que ceux qui, comme nous, se proposent d'assister au congrès de Rome, sachent à quoi s'en tenir, alors que depuis Pâques de 1893, se sont produits les incidents d'Alsace-Lorraine et d'Aigues-Mortes.

— *Hôpital Necker.* — M. le Docteur **Henri Huchard,** médecin de l'Hôpital Necker, commencera le *Lundi* 19 *Février, à dix heures*, ses leçons de **clinique thérapeutique** et les continuera les lundis suivants à la même heure à l'Amphithéâtre des cours.

Lundi. — Leçons de Clinique thérapeutique à l'Amphithéâtre, à 10 h.

Mercredi et Samedi. — Conférences de Clinique et Thérapeutique (salles Delpech et Chauffard), à 9 h. 1/2.

Jeudi. — Démonstrations et travaux d'anatomie pathologique, au laboratoire, à 10 h.

Mardi. — Consultation à 10 heures.

Vendredi. — Consultation (tous les quinze jours). — Conférence sur les maladies du cœur à 10 heures.

— On annonce la mort d'un des plus grands chirurgiens de notre époque, le professeur *Billroth*, de Vienne, qui s'est illustré par son audacieuse habileté et par la sûreté de ses diagnostics. Rappelons qu'il fut appelé en consultation avec M. Vulpian auprès du comte de Chambord, à Frohsdorff, au moment de sa dernière maladie.

— Les noms de Wurtz, de Quatrefages, Charles Robin, Vulpian, Paul Gervais vont être donnés à des rues de Paris. Nous ne pouvons qu'applaudir à ce choix.

— Aujourd'hui tout est à la réclame; les mœurs américaines ont décidément pris pied chez nous. C'est ainsi qu'on voit des anciens internes des hôpitaux étaler pompeusement leur titre, absolument authentique, il est vrai, sur des prospectus aussi mirobolants que ceux de l'Extrait plus ou moins japonais ou autres produits similaires pour la régénération des cheveux, etc.

— *Méthode simple pour stériliser l'eau destinée aux usages domestiques.* — Le procédé proposé par cet auteur est aussi simple que celui par le permanganate de potasse, et surtout dépourvu des dangers inhérents à ce dernier. D'après M. Watt, il permettrait de stériliser l'eau à froid.

Il consiste à ajouter à l'eau du perchlorure de fer, puis de l'eau de chaux ou une solution de carbonate de soude.

Il se produit ainsi de l'oxyde de fer qui, en se précipitant, non seulement englobe les matières en suspension, mais encore jouit, comme on le sait, de la propriété de brûler les matières organiques.

Il faut agiter vivement le mélange pour obtenir un dépôt plus facile à filtrer. On laisse déposer et on filtre.

L'auteur s'est assuré que ce procédé débarrassait l'eau des microbes qu'elle renferme. Après avoir fait le mélange, il filtrait l'eau sur du simple papier à filtre, préalablement stérilisé. L'eau ainsi traitée, introduite dans des milieux nutritifs, ne donnait naissance à aucune culture (*Journal des connais. méd.)*

— *Les sanatoria de tuberculeux.* — Depuis quelques années, le nombre des hôpitaux marins pour le traitement des tuberculeux, s'est accru dans de notables proportions, en voici l'énumération sommaire, qui peut être utile à connaître pour bien des confrères :

Berck-sur-Mer, 1.034 lits, le plus bel établissement du genre, le premier qui ait commencé la série heureuse.

Le sanatorium Jean Dolfus, à Cannes....	45 lits.
Le sanatorium de Banyuls-sur-Mer......	200 »
L'hôpital Pen-Bron, en face le Croisic....	160 »
Le sanatorium d'Arcachon..........	300 »
L'asile départemental Sainte-Eugénie du Cap Breton..........................	100 »
Le sanatorium René Sabrant, à Hyères Gien....................................	100 »
Le sanatorium Saint-Pol, près Dunkerque	80 »

Le lazaret de Cette, fondé en 1847.
Le petit sanatorium de Ver-sur-Mer (Calvados).

Ces deux derniers, quoique plutôt des établissements de bains de mer, n'en sont pas moins fort utiles aux malades spéciaux dont nous nous occupons. Il y a donc environ 1.800 lits en France pour le traitement marin des affections scrofulo-tuberculeuses.

— *L'adduction à Paris des sources du Loing et du Lunain.* — La Ville de Paris vient de mettre à l'étude le projet d'adduction des sources du Loing et du Lunain.

Ces sources, au nombre de six, seront amenées au réservoir de Montsouris, avec les eaux de la Vanne ; quatre de ces sources se jettent dans le Loing à Nemours ; les deux autres se jettent dans le Lunain, affluent du Loing, un peu en aval de Nemours.

Ces sources qui appartiennent à la Ville de Paris, ont un débit moyen de 50.000 mètres cubes par jour. La dépense totale est évaluée à 25 millions.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3870. — M. le Dr GRANIER, de Villefranche (Aveyron), membre de l'Association des médecins de l'Aveyron.

N° 3871. — M. le Dr DUPONT, de Nogent-sur-Vernisson (Loiret), présenté par M. le Dr Gassot.

N° 3872. — M. le Dr ARDILLAUX, de Brienon-sur-Armançon (Yonne), présenté par M. le Dr Pouillot, de Brienon.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

On lit dans le *Progrès Médical*, 3 février 1894 ;
Vient de paraître :

Le **supplément du Guide pratique des sciences médicales** de M. Letulle, qui comprend quatre parties distinctes : un abrégé de *bactériologie clinique* de MM. Nicolle et Morax ; une étude des *maladies du foie, de l'estomac, du péritoine*, et du choléra, par M. Lesage ; un exposé de *séméiologie obstétricale* par M. Démelin. Notre rôle n'est pas de nous étendre sur la bactériologie clinique. MM. Nicolle et Morax ont en moins de 150 pages indiqué très clairement tout ce qui pourrait en bactériologie piquer la curiosité d'un praticien. Certains points, tels que la recherche du bacille de Koch, celle du bacille de Klebs-Lœffler, etc., sont d'une importance absolue dans nombre de cas pour l'institution d'une sage thérapeutique.

M. Lesage résume clairement dans son article des *maladies de l'estomac* les très savantes et très utiles études de MM. Hayem et Winter ; le praticien souvent embarrassé en présence d'une dyspepsie lui saura gré de lui permettre de se renseigner par la lecture de quelques pages et d'instituer un traitement rationnel dans nombre de cas où il était réduit à se borner à l'empirisme sinon au hasard. Nous en dirons autant pour l'étude pratique et brève du *choléra*, des péritonites et des maladies du foie, mais ce qui mérite le plus d'être apprécié c'est la *séméiologie obstétricale* ; M. Démelin y est alors, il est vrai, dans son élément. Tout médecin gagnera à lire son interrogatoire et son examen de la femme en couches ; l'étude de l'auscultation, de la palpation, du toucher y est faite avec une minutie et une concision parfaites si l'on songe que tout y est traité en détail et clairement en 129 pages. Prix franco : 4 francs.

L'anonyme Paul Lefert, qui, on s'en souvient, durant quelques mois, s'intitula Pr P. Lefort, a cru indispensable d'assembler dans un de ses manuels la copie textuelle de fragments de thèses ou de mémoires dont il néglige de donner l'origine et dont il rend, hélas ! responsables les maîtres éminents auxquels ces travaux ont pu être dédiés ! Ce plagiat grossier donne une idée absolument fausse de la pratique des éminents neuropathologistes, dont l'anonyme Lefert a émaillé son manuel, pareil au geai paré des plumes du paon. Ces copies maladroites ne peuvent être d'aucun secours aux étudiants auxquels elles paraissent s'adresser. En remerciant dans sa préface les *savants maîtres qui ont bien voulu lui donner des notes inédites* !!! nous regrettons que l'auteur de ce livre ne leur ait pas fait l'honneur de les citer. J. NOIR.
(*Progrès Médical.*)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 8 24 Février 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'ASSOCIATION AMICALE

Critiques de M. le Dr Rondeau,

Président de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine.

M. le Dr *Laborde*, directeur de la *Tribune médicale*, annonçait, à ses lecteurs, dans son n° 52, 1893, qu'il se proposait d'étudier l'Association amicale des Médecins Français pour l'indemnité de maladie, fondée le 19 novembre, par le *Concours médical*. C'est M. le Dr *Rondeau* qui s'est chargé de cette étude, et l'étude s'est transformée en une critique assez acerbe. Nous regrettons que le successeur du fondateur de la Société *Lagoguey* ait inauguré, d'une façon peu bienveillante, son premier acte public de président. Nous suivrons, pas à pas, ses critiques ; nos lecteurs pourront juger combien est mince leur valeur.

M. *Rondeau* nous reproche, d'abord, d'avoir conçu, les premiers, l'idée de l'œuvre de M. *Lagoguey*, qui a eu le mérite, lui, de la fonder et de la faire prospérer. Nous n'avions pas trouvé cette idée ; elle était en exécution, en Angleterre, en 1884, et nous ne nous rencontrions avec M. *Lagoguey*, que sur un terrain douteux, la *prime unique*, quel que fût l'âge ; autrement dit le droit *mitigé par la confraternité* !

C'était une erreur que nous commettions à cette époque, et M. Lagoguey, en commettait une autre, très préjudiciable à l'extension de son œuvre, puisqu'il la limitait, volontairement, au département de la Seine, en l'établissant sous la forme de *Société de Secours mutuels*. M. Lagoguey, dans une réunion préparatoire, à laquelle nous assistions, persistait dans cette manière de voir, malgré nos objections (et il a eu lieu de le regretter) sous le prétexte d'un placement de fonds plus facile et plus sûr. Il persistait aussi dans son choix d'une cotisation identique à tous les âges. Donc nous sommes fondés à dire que M. Lagoguey eût été bien inspiré de suivre nos conseils, puisque M. Rondeau nous reproche d'en donner.

M. Rondeau nous fait un grief, ensuite, de ne pas avoir dit que c'était la Société Lagoguey, qui nous avait fourni des statuts bien étudiés (on verra qu'il les critique) et une base d'opérations certaine, ce qui est surprenant, puisque justement, les bases de l'*Association amicale* sont *absolument différentes* de celles de l'*Association médicale mutuelle*, et nous avons refusé d'accepter ces bases.

On avouera que ce début n'est pas heureux ! Nous avons, dans plus de trente nos du *Concours*, parlé de la *Société Lagoguey* et, si, comme c'était notre devoir, nous ne lui avons pas ménagé les critiques de principe, nous lui avons aussi prodigué les éloges pour les résultats obtenus. M. *Rondeau* ne lit sûrement pas le journal de notre Société ! il commet donc une erreur d'appréciation, involontaire assurément.

M. Rondeau passe ensuite à l'étude comparative des deux œuvres d'indemnité de maladie.

Etait-il bien opportun, puisque la *Société Lagoguey* s'est bornée au département de la Seine et que l'*Association amicale* est destinée

à tous les médecins français, de se livrer à une critique peu bienveillante, capable d'induire en erreur les médecins qui liraient les attaques, et ne liraient peut-être pas la réfutation ! Nous avions exprimé le désir, dans le *Concours*, de ne point comparer deux œuvres essentiellement différentes, dans leur but et dans leurs moyens.

Suivons les critiques de M. Rondeau.

La première est de telle nature que, de *propos délibéré*, nous ne voulons pas répondre. Il dit, en effet : dans notre association, un chronique touche 3,530 fr. par an ; à l'Association amicale, pour une prime équivalente, il ne touchera que 1,529 fr. M. Rondeau insiste ; il fait observer que la Société qu'il préside *donnera* 3,530 *fr, soit au taux actuel, la rente d'un capital de cent mille francs* (juste la *totalité* de la réserve accumulée depuis 1887) et cela à perpétuité, quelle que soit la durée de la chronicité ! et pour ce résultat étonnant, on l'avouera, il suffit que le sociétaire ait versé, une seule fois, une prime de 120 fr. Et c'est d'un cœur léger, en vertu d'une *loi* qu'on a établie sur des calculs approfondis, qu'on encourt une telle responsabilité!

N'insistons pas. C'est la multiplication des pains ! et M. Rondeau a bien tort d'ajouter, par superfétation : « *J'aime mieux payer* 120 *fr. et toucher* 3,530 *fr., que payer* 71 *fr. et toucher* 1,529 fr. » Oui, cette fois, M. Rondeau a trop raison !

M. *Rondeau* s'étonne ensuite que l'*Association amicale* ait cessé son fonctionnement pour les médecins âgés de 65 ans. Nous avons longuement expliqué, à la suite de M. *Adrien Marie,* d'ailleurs, qu'à l'exemple de l'*Association anglaise,* qui sait calculer et qui a pour elle dix années d'expérience, prolonger au-delà de 65 ans, amènera l'obligation (que ne connaît pas la Société Lagoguey !) *d'accroître considérablement les primes.*

Nous avons démontré, jusqu'à l'évidence, que le sociétaire, quel que soit l'âge d'entrée, a épuisé ses réserves à 65 ans, que l'Association amicale ne lui doit plus rien, n'a plus rien à lui, alors qu'elle cesse de le protéger.

Nous nous proposons d'étudier la cotisation supplémentaire qu'on aurait à verser, si on désirait faire partie de l'Association amicale au delà de 65 ans.

M. Rondeau jette ensuite à l'eau l'œuvre de droit strict et il se rallie à nos cotisations de 1884, *au droit mitigé par la confraternité.*

Nous, nous avons fait amende honorable, et pour de bonnes raisons. A la Société Lagoguey c'est *le confrère le plus jeune*, *celui qui gagne le moins*, *celui qui a le moins de chances de maladies* (dans la proportion de 1 à 20) qui paye autant que le médecin le plus âgé.

M. Rondeau a donc tort, encore, d'employer cet argument ; il n'est pas en situation et le fondateur, *Lagoguey*, l'a bien reconnu, puisqu'il a été obligé de limiter, récemment, l'âge d'admission; il a fait une œuvre d'assistance, non de droit : c'est le plus jeune, le plus dépourvu, qui doit assister le plus âgé, et la limitation était nécessaire, *parce qu'on a tout intérêt à n'y entrer que le plus tard possible.*

L'Association amicale reçoit les adhérents jusqu'à 64 ans et la Société Lagoguey jusqu'à 45 ans seulement. M. Rondeau conteste aussi cet avantage. Ses raisons sont pauvres, l'avantage est si évident que nous ne discuterons pas. Passons: M. Rondeau a tort, encore une fois.

M. *Rondeau* conteste que les médecins de 60 ans aient intérêt à s'assurer jusqu'à 65 ans. Il a encore tort, puisque parmi les membres de l'*Association amicale* plusieurs ont dépassé l'âge de 60 ans.

Tout médecin qui est malade, ou blessé, sous les drapeaux, et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires, renonce au droit à l'indemnité.

Si M. Rondeau ne faisait que des critiques de ce genre, nous lui en serions reconnaissants. La Société Lagoguey n'a été étudiée par nous que de cette façon.

Nous lui répondons que nous pourrons, en effet, examiner, dans ce cas spécial, s'il n'y aurait pas intérêt à verser l'indemnité, à cause de la famille. Mais M. *Rondeau* omet de dire que la *Société Lagoguey* ne verse pas, comme nous, l'indemnité en cas de maladie occasionnée par tentative de suicide et en cas de blessure par suite de duel. Elle a tort : les médecins savent que le suicide est une maladie, bien souvent, et que le duel est un champ de bataille, comme un autre, que M. Rondeau serait le premier à affronter, et on le payerait volontiers, à notre Association. Le blâmer, lui refuser son indemnité, ce serait lui faire outrage. M. Rondeau a souvent de mauvais arguments !

M. *Rondeau* regrette que, outre la déclaration d'âge, l'Association amicale *ne réclame pas une déclaration de bonne santé.* Qu'il se rassure ; s'il vient à notre Société, comme tous les adhérents, il sera tenu de déclarer, sur l'honneur, qu'il se considère comme bien portant.

A l'article 19 de nos statuts, M. *Rondeau* objecte que si nous avons *limité à l'époque où nous aurons 300 adhésions, la faculté de souscrire double prime*, en vue d'une double indemnité, nous aurions dû, puisque l'actuaire qui a fait nos calculs, nous conseillait cette limitation, refuser également la demi-cotisation. M. Rondeau a raison ; l'actuaire nous avait interdit la demi-cotisation ; mais le Conseil d'administration, à cause du moindre risque, a pris, sur lui, d'autoriser la *demi-cotisation.* Et il a bien agi, puisque sur les cent premières adhésions, pas une ne comporte la demi-cotisation. Donc M. Ron-

deau peut quitter ce souci ! l'expérience démontre qu'il est chimérique. Il peut, s'il le veut, sans difficulté, insérer cette faculté dans ses statuts, puisque, bientôt, la Société Lagoguey, atteindra le chiffre de 300.

M. *Rondeau* s'étonne que l'article 23, de nos statuts, stipule que les *sommes versées à un titre quelconque, restent définitivement acquises à la caisse*. La Société Lagoguey restitue les cotisations versées par un sociétaire qui n'est pas admis. Elle est équitable, mais nous faisons mieux : on ne verse sa cotisation qu'après admission ! M. Rondeau a tort.

Article 25 de nos statuts : *Tous les 5 ans au moins, un inventaire est dressé*, et s'il montre que les réserves se sont abaissées à un chiffre insuffisant, l'Assemblée générale pourra modifier les cotisations à verser, même pour les membres admis.

A cet article, M. *Rondeau* fait l'objection suivante : « Voilà un article qui donne joliment à réfléchir et j'hésiterais, pour ma part, à m'exposer à une semblable éventualité. Bien que je n'aime pas l'inégalité de traitement, j'aurais préféré que, seuls, les nouveaux adhérents eussent à subir la majoration des primes ; *mais il est vrai que les nouveaux adhérents sont rares, quand les fonds baissent* ! »

M. Rondeau a souvent tort ; avoir tort, c'est mal raisonner et ce n'est pas un crime. Mais le trait final a un autre caractère. La Société n'est pas encore établie et M. *Rondeau* prévoit déjà *sa ruine*. C'est mal ! nous ne rechercherions les éléments de la ruine de la Société Lagoguey, que si on nous y forçait absolument.

M. Rondeau aurait dû réfléchir que cet article 25 prévoit le cas d'*insuffisance des réserves*. Elles ont été trop bien calculées pour que nous ayons cette crainte. L'article *comporte aussi le cas où, les réserves étant trop élevées*, nous pourrons diminuer les cotisations. Qu'il se procure le compte rendu de l'Assemblée générale et (page 575), il verra qu'à la discussion, cette éventualité d'abaissement a été énoncée, pour justifier l'article.

A l'article 26, qui dit que les quatre premiers jours ne sont pas payés à l'Association amicale, tandis que la Société Lagoguey ne paye pas les huit premiers, mais les rappelle en cas de maladie constatée, M. Rondeau met en cause l'*actuaire*, qui veut éviter, aux médecins de l'*Association amicale*, la tentation de prolonger, d'un jour, la maladie de 4 jours. Son argument n'est pas heureux. « *Les médecins, dit-il, ne détroussent pas au coin des bois et s'il leur arrive de couper la... ou les bourses, à quelqu'un, c'est qu'il y avait tumeur... et encore maligne.* » Cette malignité a fait rire, pas aux dépens de l'actuaire. Oui, cher Président, tous les médecins sont des petits anges ! c'est convenu. En tout cas, contre votre opinion, il n'y a pas de bénéfice pour la caisse ; ce non paiement a été prévu dans le calcul des cotisations et vous, Société Lagoguey, vous vous attribuez les sept jours que vous ne payez pas, et vous ne pouvez dire que ce soit par suite d'un calcul, car vous ne calculez rien, puisque vos cotisations uniformes ne sont pas proportionnées aux risques de maladie !

Article 27. Les critiques de M. *Rondeau* sont absolument anodines, il aurait pu les supprimer, de même que celles qu'il adresse à l'article 28, en contestant la sûreté des placements, en valeurs qu'on appelle de *tout repos* : rentes, obligations, etc..., et tout cela pour faire, contre mauvaise fortune bon cœur et se congratuler du dépôt des fonds de la Société Lagoguey, à la Caisse des dépôts et consignations qu'elle n'a pu obtenir, qu'en adoptant la forme si funeste à son développement légitime, celle de Société de secours mutuels.

En veine de critiques, M. Rondeau n'épargne pas l'article 44 qui dit que « des règlements intérieurs, délibérés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, la mise en pratique des statuts ».

Autrement dit : si des améliorations, des corrections aux statuts, venaient à être démontrées nécessaires, par l'expérience, l'Assemblée générale prochaine aurait à les examiner.

On aurait mauvaise grâce à ne pas reconnaître que cet article est légitime, naturel. M. Rondeau estime qu'il n'y avait qu'un parti à prendre : copier et déclarer inviolables les statuts de la *Société Lagoguey* qui sont parfaits, et qu'il nous a, à ses débuts, reproché d'avoir servilement copiés, sans le déclarer à haute voix. Nous laissons à M. Rondeau le soin de concilier ces assertions inconciliables. Si nous avons copié les articles de la Société Lagoguey, il eût mieux fait de nous épargner ses critiques. Elles n'ont pas le ton qui convient à un président d'une société médicale. Et surtout, que M. *Rondeau* ne dise plus : Nous donnons telle chose... Vous ne donnez que telle autre. S'il a médité les chiffres sur lesquels repose la *loi* trouvée par *Lagoguey*, l'infatigable et si méritant fondateur de l'Association médicale mutuelle, qu'il sache aussi que toutes les Associations de prévoyance, à leurs débuts, peuvent tenir toutes leurs promesses, plus que leurs promesses. Voilà la loi invariable que le Président Rondeau fera bien de méditer aussi.

Nous sommes les premiers à rendre justice à ses mérites, à la valeur de l'homme qu'estiment et apprécient tous ceux qui l'ont appelé à présider l'œuvre de Lagoguey, dont il est le digne successeur.

Mais qu'il apprenne l'indulgence ; qu'il apprécie le lourd poids des responsabilités qu'il a assumées et qu'il ne rende pas trop

lourde à d'autres la charge qu'ils ont prise à leur tour.

Nous souhaitons à l'*Association Lagoguey* le vote de la loi sur les Sociétés de Secours-Mutuels, qui la dégagera des liens qui l'enchaînent, qui nuisent à son développement et à cette époque, l'Association amicale verra si, ce que nous espérons, les deux Sociétés peuvent se prêter un mutuel appui.

C'était depuis bien des années notre vœu le plus cher. Espérons qu'il se réalisera.

Pour le Conseil d'administration de l'Association amicale,

Le Président,
CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Variole, vaccine et varicelle.

Dans un récent article, nous avons essayé de différencier les caractères de la variole et ceux de la varicelle, et nous avons montré dans quel chaos les auteurs classiques avaient présenté la question. Dernièrement aussi, nous avons parlé des expériences de Fischer et d'Haccius, cherchant à démontrer l'identité du virus vaccinal et du virus variolique. M. Chauveau a combattu ces opinions. M. Juhel-Rénoy, qui les avait d'abord soutenues, revient maintenant entièrement sur sa manière de voir et considère la variole et la vaccine comme deux maladies absolument distinctes. Enfin, M. Talamon vient de faire un article pour émettre l'hypothèse que la varicelle serait de même nature que la variole et la vaccine, mais serait produite par un virus bien plus atténué. De fait, nous venons d'observer, pour notre part, plusieurs cas de varicelle bien caractérisés chez des personnes ayant été en contact avec des varioleux et nous avons préservé de la varicelle plusieurs enfants en les vaccinant ; d'autres enfants ayant été en contact avec des varicelleux, et n'ayant pas été vaccinés, furent contagionnés. Que conclure de cet immense gâchis ? comment se faire une opinion ? C'est absolument impossible pour le moment, à notre avis. Il vaut mieux croire, comme auparavant, à la séparation complète de la variole, de la vaccine et de la varicelle. Toute autre conclusion serait hâtive et peut-être erronée.

Le sucre à l'intérieur contre l'inertie utérine.

Un curieux mode de traitement de l'inertie utérine dans le cas de travail puerpéral vient d'être conseillé par un accoucheur italien, le Dr *Bossi*, de Gênes. C'est l'administration du *sucre*, en solution dans l'eau. Voilà un moyen tellement simple et à la portée de tous, qu'on pourra facilement juger sa valeur, si elle est bien réelle.

D'après M. Bossi, le *sucre* paraît être un bon excitant des contractions de l'utérus, tout en étant exempt des inconvénients de l'ergot de seigle et de ses préparations.

Dans onze cas d'inertie utérine au cours de l'accouchement, 30 grammes de sucre dissous dans 250 grammes d'eau ont été administrés aux parturientes, et, chez dix d'entre elles, ont produit sur les contractions de l'utérus un effet des plus favorables. Cette action ecbolique du sucre s'est fait sentir au bout de vingt-cinq à quarante-cinq minutes, et, dans nombre de cas, s'est prolongée suffisamment pour amener l'expulsion de l'enfant. D'autres fois il a fallu administrer une seconde dose de 30 grammes de sucre, une heure après la première, pour voir se terminer l'accouchement.

Les contractions provoquées par l'ingestion de sucre ont toujours présenté une régularité parfaite, et n'ont jamais revêtu de caractère tétanique.

Si ces faits venaient à se confirmer, l'accoucheur trouverait dans le sucre un moyen thérapeutique précieux, appelé surtout à rendre des services dans la pratique rurale.

Traitement du myxœdème par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

Les observations se multiplient sur les cas de guérison ou au moins d'amélioration du myxœdème par l'emploi du suc thyroïdien. Les greffes thyroïdiennes n'ont pas donné de résultats bien merveilleux, mais les injections de suc thyroïdien par la méthode de Brown-Séquard ont amené de remarquables succès. M. *Marie* vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux un autre procédé d'absorption du suc thyroïdien qui, quoique anciennement essayé, n'avait pas donné jusqu'ici les résultats attendus. Après avoir surmonté de nombreuses difficultés pour se procurer du corps thyroïde de mouton, M. Marie institua le traitement par ingestion de corps thyroïde chez une dame atteinte de myxœdème depuis 8 ans.

Le traitement fut commencé le 19 novembre. L'effet fut très rapide : dès le lendemain la température, qui oscillait entre 37° et 37°3, s'élevait à 38° et s'y maintenait, la diurèse s'établissait, et en même temps survenaient quelques fourmillements dans les jambes et un peu de céphalalgie. La malade avait absorbé deux glandes thyroïdes ; cette dose fut continuée les jours suivants. Le 21 novembre les phénomènes précédents persistaient et la malade se plaignait d'insomnie.

Le 22, le pouls était à 102 ; on abaissa la dose à 1 lobe thyroïdien par jour. L'amélioration du myxœdème était déjà notable ; elle s'accentua les jours suivants, mais en même temps apparaissaient, outre l'insomnie et la céphalalgie, des douleurs dans les jambes, de la courbature, de l'anorexie, une soif vive ; le pouls était à 112 et petit, la température rectale à 38°. La malade gardait le lit ; ses urines contenaient un peu d'albumine. On suspendit l'ingestion du corps thyroïde (30 novembre). Ces phénomènes persistèrent encore plusieurs jours.

Le 16 décembre la malade fut prise d'une influenza légère et de courte durée.

Le 21 décembre, on reprit le traitement thyroïdien, un lobe tous les deux jours ; le 7e jour, la céphalalgie, les douleurs dans les jambes, l'anorexie, l'insomnie ayant reparu, on suspendit de nouveau le traitement. Le 11 janvier, reprise du traitement, deux tiers de lobe tous les cinq jours. Les phénomènes pénibles ne reparurent plus et l'amélioration alla en s'accentuant de plus en plus.

Aujourd'hui le myxœdème a disparu ; la figure

a repris un aspect normal ; le poids, qui était de 102 kilos au début, n'est plus que de 85 kilos. Les cauchemars, l'hébétude ont disparu, la malade est redevenue gaie, active ; les poils, qui étaient tombés, repoussent ; des ongles nouveaux se forment.

En terminant, M. Marie insiste sur quelques points spéciaux. De tous les modes d'application du traitement thyroïdien : injection sous-cutanée, greffe, ingestion d'extrait glycériné, ingestion de glande thyroïde crue, c'est à ce dernier qu'il faut donner la préférence, parce qu'il est le plus simple et parce qu'il évite l'introduction sous la peau de matières septiques, complication qui est toujours à craindre avec un extrait de glande, quelque soigneusement préparé qu'il ait été.

M. Marie insiste ensuite sur la prudence avec laquelle on doit employer le traitement thyroïdien à cause des accidents graves qui peuvent se produire.

On peut donner tous les jours un lobe entier pendant les 3 ou 4 premiers jours, puis, quand la *démyxœdémisation* a commencé, on abaisse la dose à 1 lobe tous les deux jours, puis à 1 lobe tous les trois, quatre ou cinq jours.

Pour empêcher la réapparition du myxœdème, on ne peut être encore absolument fixé sur la dose à prescrire. Cependant, la *ration d'entretien* semble être celle de 1 lobe ou 1/2 lobe tous les 4 ou 5 jours.

Technique de la taille hypogastrique.

Comme notre confrère *Delefosse* le disait dans un article de l'an dernier, il faut que tout praticien sache aujourd'hui pratiquer la taille hypogastrique. C'est une opération qui peut être urgente et dont les indications ont singulièrement augmenté. Il est donc bon de revenir un peu sur la technique de l'opération comme l'a fait M. *Bazy* à la Société de chirurgie. Avant l'opération, la vessie doit être nettoyée soigneusement au moyen de lavages antiseptiques répétés. Inutile d'insister sur l'asepsie du champ opératoire, au début de l'opération. On introduit dans la vessie une sonde en caoutchouc rouge par laquelle on pousse l'injection dans la vessie. Puis on bouche cette sonde par une pince ou par un fosset. Il est inutile de ligaturer la verge par-dessus la sonde pour empêcher la sortie du liquide. En effet, il ne faut pas injecter dans la vessie une trop grande quantité de liquide. Il ne faut jamais dépasser 250 grammes.

M. Bazy a abandonné le ballon de Petersen. Il ne sert à rien chez l'homme ; et chez la femme un tamponnement vaginal le remplace avantageusement. Chez l'homme, de plus, il peut amener des déchirures du rectum ; en tout cas, il donne lieu chez le malade à des efforts d'expulsion prolongeant la chloroformisation.

On fait une incision de la peau de 8, 9 ou 10 centimètres. On peut l'allonger au besoin pour se donner plus de jour. Cette incision médiane suffit toujours ; il faut repousser la section transversale de l'hypogastre et des muscles abdominaux, de même que la symphyséotomie. L'incision médiane donne suffisamment de jour.

L'incision de la vessie est le point important de l'opération. Après avoir refoulé le tissu graisseux prévésical, on met la vessie à nu, on relève le cul-de-sac péritonéal, puis on saisit la vessie près de son sommet avec deux pinces, et on laisse le liquide intravésical s'écouler par la sonde ; alors seulement on incise la vessie. De cette façon, on n'a plus, comme autrefois, à redouter l'infection de la plaie par le liquide vésical plus ou moins septique, liquide, qui, en tout cas, inondait le champ opératoire.

Pour inspecter la cavité vésicale, on peut se servir d'une valve, mais mieux vaut employer des éponges montées, qui écartent bien les lèvres de la vessie.

Pendant toute l'opération, la position inclinée du malade est avantageuse.

L'opération étant terminée, l'idéal consiste à fermer la vessie. Il faut abandonner les tubes de Périer, sauf s'il y a indication spéciale à laisser la vessie ouverte. Le plus souvent il faut donc suturer la vessie, et laisser une sonde urétrale à demeure. Pour les sutures de la vessie, M. Bazy emploie le catgut et fait une série de sutures en bourses.

Si la vessie est infectée, le drainage prévésical est utile.

Fécondation pendant la période puerpérale.

M. *Kroenig* a communiqué à la *Société d'accouchement de Leipzig* un cas curieux de fécondation. Une femme de 22 ans accouchait le 4 juillet 1892 pour la seconde fois ; quatre jours après, c'est-à-dire le 8 juillet, elle eut des rapports sexuels, rapports qu'elle ne renouvela pas pendant les trois mois suivants. Elle ne revit pas ses règles et se trouva enceinte. Elle sentit en novembre 1892 les premiers mouvements du fœtus et accoucha le 10 mars 1893, c'est-à-dire deux cent quarante-trois jours après le coït, d'un enfant bien développé pesant 3.550 grammes.

Non seulement le développement de l'enfant était bien complet pour une grossesse aussi courte, mais encore l'époque de la conception est tout à fait surprenante. On admet, en général, que l'ovulation cesse pendant la grossesse et ne recommence que vers l'époque des premières règles ; c'est-à-dire au bout de six à huit semaines. Si l'ovulation ne s'est faite en réalité qu'après ce délai, il faut admettre que les spermatozoïdes se sont conservés dans l'organisme de la mère avec leurs propriétés pendant un temps bien long.

D'autre part il est difficile de s'expliquer comment une caduque, qui n'avait pas encore eu le temps de se renouveler, a pu fixer et englober un ovule. Ce fait montre que : 1° en deux cent quarante-trois jours, comptés à partir du coït, il est possible à un fœtus d'atteindre un développement complet ; 2° que le fonctionnement des ovaires ne se suspend pas complètement pendant la grossesse ; 3° que les lochies n'empêchent pas la vitalité des spermatozoïdes ; 4° que l'ovulation et la menstruation sont indépendantes ; 5° que, chez une femme robuste, la régénération de la muqueuse utérine est extrêmement rapide. (*France médicale*, 1894).

CHIRURGIE PRATIQUE

Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

Parmi les dents permanentes, les dernières grosses molaires, ou dents de sagesse, diffèrent des autres par la fréquence relative des accidents que

provoque leur éruption. La plupart du temps, il ne s'agit que d'une légère inflammation de la gencive, accompagnée d'une faible douleur, et se calmant spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines : la dent perce, et tout rentre dans l'ordre. Ces accidents légers sont d'observation banale, de notion courante. Mais lorsque les difficultés de l'éruption tiennent aux parties dures, aux parties osseuses, lorsque l'espace nécessaire à l'éruption régulière de la troisième molaire est insuffisant, on peut voir survenir des accidents graves, tels, par exemple, que l'ostéo-périostite du maxillaire, et l'adéno-phlegmon. Ces accidents, liés à l'éruption de la dent de sagesse, ont été longtemps méconnus : aujourd'hui encore ils donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic, parce qu'on ne pense pas à les rapporter à leur véritable cause. « Une année, dit Reclus, nous avons vu, au concours du Bureau central, méconnaître la cause d'une stomatite et d'un adéno-phlegmon : il s'agissait de l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse : on s'y trompa aux deux coups, et l'erreur fut commise, la première fois par les candidats, la seconde par les juges eux-mêmes. »

Causes de difficulté dans l'éruption de la dent de sagesse. — A l'époque où a lieu cette éruption, soit ordinairement de vingt à vingt-cinq ans, les gencives ont acquis des qualités de solidité et de résistance qui leur faisaient défaut pendant le jeune âge. Pour peu que cette résistance de la gencive soit exagérée, et qu'ainsi elle oppose une certaine difficulté à l'éruption de la dent de sagesse, il peut en résulter divers accidents, ayant pour point de départ l'inflammation de la gencive. Un autre obstacle, tenant encore aux parties molles, consiste en ce que la dent est parfois recouverte, soit complètement, soit dans sa partie postérieure seulement, par le repli de la muqueuse qui réunit les deux maxillaires : en sorte qu'elle semble pousser dans l'intérieur de ce repli muqueux.

Mais ces obstacles, dus aux parties molles, ne sont point ceux qui amènent les plus grandes conséquences : causés par les parties molles, ils ne produisent guère que sur celles-ci leur action nuisible : l'inflammation de la gencive peut se propager aux muqueuses voisines, entraîner de la stomatite, de l'amygdalite, donner lieu à de l'engorgement ganglionnaire : il est rare qu'elle s'étende aux os.

Il n'en est plus de même, lorsque l'obstacle à l'éruption de la dent de sagesse tient aux parties osseuses, lorsqu'en un mot il y a disproportion entre le volume de la dent et l'espace destiné à la recevoir. Rarement cette disproportion reconnaît pour cause le volume exagéré de la dent : le plus souvent, c'est l'espace destiné à la recevoir qui est insuffisant. A ce point de vue, il existe une différence notable entre le maxillaire inférieur et le maxillaire supérieur.

Sur le maxillaire inférieur, cet espace destiné à la dent de sagesse est limité en avant par la deuxième molaire, et en arrière par le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Or, immédiatement après l'éruption de la deuxième molaire, cet espace destiné à la troisième, à la dent de sagesse, n'existe pas encore ; à ce moment, il n'y a aucun intervalle entre la deuxième molaire et le bord antérieur de l'apophyse coronoïde ; ce n'est que plus tard que se formera peu à peu, par un travail de résorption graduelle du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, l'espace destiné à la dent de sagesse. De tout ceci on peut aisément se convaincre en examinant la bouche d'un enfant de 12 ou 13 ans, immédiatement après l'éruption des deuxièmes molaires : les arcades dentaires paraissent alors complètement occupées ; à la mâchoire inférieure la dernière dent de chaque côté touche la base de l'apophyse coronoïde, et à la mâchoire supérieure elle occupe l'extrémité de la portion alvéolaire du maxillaire. La raison de ce fait que les troisièmes molaires se montrent tardivement, réside justement dans cette considération qu'elles ne peuvent se développer avant que ne soit formée la place où elles doivent grandir. Pendant le temps que mettra le sujet à atteindre sa vingtième ou sa vingt-cinquième année, les mâchoires s'allongeront postérieurement, et peu à peu, surtout par un travail de résorption du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, se formera à la mâchoire inférieure l'espace destiné à la troisième molaire. Supposons maintenant que ce travail soit interrompu dans son évolution, ou qu'il ne se fasse pas d'une manière complète : la dent de sagesse, ne trouvant pas un espace suffisant pour son éruption, ne pourra pas gagner le bord alvéolaire : elle viendra buter en avant contre la deuxième molaire, en arrière contre l'apophyse coronoïde, et les désordres pathologiques commenceront à se produire. D'autres obstacles, tels que le volume excessif de la deuxième molaire, ou le rapprochement des bords de l'alvéole, peuvent encore entraver l'éruption de la dent de sagesse : mais leur importance est moindre que celle des causes précédentes.

Sur le maxillaire supérieur, les conditions sont bien différentes. Evidemment, ici encore, la deuxième molaire pourra parfois avoir un volume excessif, ou bien les bords de l'alvéole de la dent de sagesse pourront être trop rapprochés. Mais il n'existe, au maxillaire supérieur, aucun obstacle comparable à celui de l'apophyse coronoïde au maxillaire inférieur. Il en résulte que, même si l'espace laissé entre la deuxième molaire et la partie la plus reculée du rebord alvéolaire est insuffisant, l'os se laissera facilement distendre, et la dent de sagesse n'étant pas limitée en arrière comme elle l'est à la mâchoire inférieure par l'apophyse coronoïde, se créera plus facilement une place pour son éruption.

Ces considérations expliquent amplement pourquoi les accidents liés à l'éruption de la dent de sagesse sont incomparablement plus fréquents au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur. Et le fait est qu'une fois sur dix, une fois sur vingt peut-être, le maxillaire supérieur est le siège de désordres. M. Magitot ne les aurait même constatés que 2 fois sur 75 cas. En outre, on a depuis longtemps remarqué que c'est à gauche surtout qu'ont lieu ces accidents : prédominance qui tient probablement, comme le pense Reclus, à la longueur un peu moindre de la moitié gauche du corps de la mâchoire inférieure : d'où, moindre place, de ce côté, pour l'évolution de la dent de sagesse.

Quelques particularités ethnologiques fort intéressantes se rattachent à cette question de la dent de sagesse. Ainsi, l'on sait que dans les races inférieures, noires ou jaunes, les accidents dus à l'éruption de cette dent sont fort rares. Pourquoi cette différence ? Elle tient à l'allongement et à la proéminence des mâchoires, en un mot au prognathisme exagéré qui fait le trait principal de la physionomie de ces races : le maxillaire, très dé-

veloppé chez elles, présente une place suffisante pour la troisième molaire. Quelques mots, pour plus de clarté, sur ce point intéressant :

Dans les races supérieures, orthognathes, (ορθος, droit, γναθος, mâchoire), le rebord alvéolaire et les dents des mâchoires supérieure et inférieure sont peu obliques en avant ; dans les races inférieures, prognathes (προ, en avant, γναθος, mâchoire), dans l'espèce nègre, par exemple, dont le prognathisme est prononcé, l'os maxillaire supérieur et les dents correspondantes se portent obliquement en avant et en bas, tandis que le bord du maxillaire inférieur prend beaucoup de hauteur, et s'étale en une lame courbe, oblique en avant et en haut, qui porte les dents incisives inférieures dans cette même direction au niveau des supérieures : d'où la forme de museau offerte par la figure. Sur ce maxillaire ainsi développé et proéminent des races prognathes, l'espace réservé à la dent de sagesse sera relativement considérable : de là, l'éruption plus facile de cette dent.

Ce n'est pas tout. Tandis que dans la race blanche, le volume de la dent de sagesse est inférieur à celui des molaires précédentes, c'est la proportion contraire que l'on observe chez le nègre. « Ce fait, dit M. Heydenreich dans sa remarquable thèse d'agrégation, paraît se rattacher à cette loi générale que, dans les races orthognathes, les grosses molaires vont en diminuant de volume d'avant en arrière, au lieu qu'elles tendent à aller en augmentant dans les races entachées de prognathisme ; et cette gradation ascendante est la règle chez les singes anthropomorphes. »

Enfin l'éruption de la troisième molaire, chez l'homme, est bien postérieure à celle de toutes les autres dents : elle apparaît, en moyenne, de 18 à 25 ans, rarement plus tôt, souvent plus tard ; quelquefois elle manque toute la vie.

En un mot, dans les races inférieures : espace considérable réservé à la troisième molaire, dent elle-même volumineuse, et de forme régulière ; dans les races supérieures, espace restreint, dent petite, irrégulière, apparaissant tard, parfois manquant toute la vie. Ce parallèle semble indiquer que la troisième molaire tend à s'atrophier et à disparaître à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des races humaines. C'est ce qui a fait dire à Darwin que la dent de sagesse est, chez l'homme, un organe en décadence et qui tend à disparaître ; et de même, à Broca, « que la nature était en travail pour nous débarrasser des dents de sagesse ».

Conséquences de ces difficultés pour l'éruption de la dent de sagesse. — Pathogénie des accidents. — Lorsqu'ainsi la troisième molaire est arrêtée dans son éruption par un obstacle dû aux parties osseuses, lorsque l'espace lui manque, qu'arrive-t-il ? Les racines continuent à croître, et la pression s'exerce à la fois du côté du bord alvéolaire, et du côté du corps de la mâchoire. Il en résulte des phénomènes inflammatoires des os, de gravité et d'acuité variables, que nous allons voir tout à l'heure. Mais il peut arriver que ces phénomènes ne se produisent point, soit que l'os se laisse lentement user sans vive réaction, soit que la dent s'arrête dans son évolution, soit surtout qu'elle se dévie et qu'elle pousse dans une direction anormale.

C'est ainsi qu'au maxillaire inférieur la dent de sagesse peut finir par se faire jour au-dessous du bord alvéolaire ou dans le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. Mais plus souvent elle prend une direction oblique et se dévie, en dehors ou en avant ou en dedans ou en arrière — c'est la déviation en avant qui est la plus fréquente.

Au maxillaire supérieur, ces déviations sont plus rares ; la troisième molaire peut aussi ne pas atteindre le bord alvéolaire ou être repoussée dans la partie postérieure de la tubérosité maxillaire, sans perdre sa direction verticale.

Un accident fréquent, et qui mérite une mention spéciale, est la carie de la dent de sagesse dont l'éruption est difficile. Cette carie ne peut se produire que lorsque la dent a éraillé la gencive : mais alors elle est facilitée par les irrégularités de cette gencive, qui, incomplètement percée, soulevée parfois seulement, forme une sorte de clapier où séjournent les matières putrides et les micro-organismes.

Aujourd'hui on tend à attribuer, comme cause des accidents, un rôle très important, sinon exclusif, à cette ulcération de la muqueuse gingivale, qui sert de porte d'entrée aux germes infectieux, de point de départ aux phénomènes inflammatoires. Le fait est qu'au moment où elle commence à être perforée par la dent de sagesse, la fibro-muqueuse gingivale, qui adhère faiblement à l'os, se laisse soulever et forme un capuchon à la dent ; sous ce capuchon les agents infectieux, si abondants dans la bouche, trouvent un milieu très favorable à leur développement. Redier et son élève Cornudet (Thèse de Paris, 1886) affirment que jamais, ils n'ont vu les accidents éclater avant que la muqueuse n'ait été perforée en un point, quelque petit qu'il soit — et qu'en outre, ces accidents se déclarent quelquefois là où manifestement la place ne fait pas défaut pour l'éruption de la dent.

A côté des causes mécaniques, qui jouent certainement un rôle important, il faut donc faire une large part aux causes infectieuses, à l'infection microbienne locale, au niveau de l'éraillure gingivale, comme point de départ des accidents.

Nature des accidents. — Cliniquement, les troubles qu'entraîne l'éruption vicieuse de la dent de sagesse se groupent et se combinent de plusieurs façons différentes ; mais, au point de vue forcément artificiel de la description, on peut successivement envisager les accidents inflammatoires, et les accidents nerveux. Les premiers sont de beaucoup les plus importants : tantôt ils n'intéressent que les parties molles, tantôt ils se propagent aux os.

L'inflammation de la gencive est le plus communément observée : les cas bénins, avec légère douleur, sont extrêmement fréquents. D'autres fois, la dent, gênée dans son évolution, ne peut percer la muqueuse qui rougit, se tuméfie, suppure : un abcès se forme, s'ouvre à niveau, et par son ouverture on peut apercevoir ou sentir avec un stylet l'émail sous-jacent. Ou bien la muqueuse décollée, forme au-dessus de la couronne une sorte de pont, un clapier ouvert en avant, où s'emmagasinent des détritus de toute sorte : causes d'infection, dont nous avons vu l'importance, et qui, entre autres accidents, provoquent la carie de cette dent, augmentant ainsi les accidents liés à son éruption difficile. La gencive mâchée, mordue, triturée à chaque mouvement de mastication par la dent correspondante de la mâchoire supérieure, devient fongueuse et très douloureuse.

L'inflammation ne se limite pas toujours à la

gencive : elle se propage aux amygdales, aux piliers du voile du palais, au pharynx, et à la muqueuse buccale tout entière : ainsi surviennent des poussées d'amygdalite, ou de la stomatite dont la cause, souvent méconnue, doit être recherchée dans l'éruption de la troisième molaire. Magitot et Catelan pensent que la stomatite ulcéro-membraneuse reconnaît une semblable origine. Les ganglions sous-maxillaires souvent se prennent, le tissu cellulaire qui les entoure peut s'enflammer à son tour, avec tous les symptômes de l'adéno-phlegmon. Tels sont les cas graves ; mais souvent il ne se produit qu'une fluxion plus ou moins prononcée, déformant la joue. Ces accidents, parfois même les plus légers, s'accompagnent fréquemment de constrictions des mâchoires.

Il est encore d'autres accidents muqueux, produits par les déviations de la dent de sagesse. Se dévie-t-elle en dehors, la dent irrite la joue qui s'ulcère, s'indure, se recouvre de bourgeons charnus et devient douloureuse ; se dévie-t-elle en dedans, elle amènera les mêmes altérations sur le bord correspondant de la langue. Ces ulcérations auront d'autant plus de facilité à se produire, que souvent la dent, cariée, présente une couronne irrégulière et des aspérités. On a même cité des cas où la dent perforait les tissus, et où la couronne, étreinte par une boutonnière de la peau, se montrait près de l'angle du maxillaire ou au devant du masséter. Tomes, par exemple, cite un cas où la troisième molaire supérieure perçait la joue ; la couronne de la dent était cachée sous les favoris.

Les accidents osseux peuvent n'être que la suite des précédents, et résulter de l'extension de l'inflammation des parties molles. Mais plus souvent encore, ils éclatent d'emblée, par suite de l'obstacle que les parties osseuses opposent à la sortie de la dent ; surviennent alors des phénomènes inflammatoires du côté des mâchoires. Lorsque ces phénomènes sont légers, se limitent au voisinage de l'alvéole, et prennent une marche lente, chronique, il n'existe que des douleurs et un certain gonflement : symptômes d'une simple périodontite, sans suppuration. Mais ils peuvent prendre une allure plus rapide, plus grave, amener l'ostéo-périostite suppurée avec ses conséquences. Naturellement c'est la membrane alvéolo-dentaire qui ressent les premières atteintes, et c'est une périodontite suppurée qui ouvre la scène. A ce propos, rappelons que M. Magitot a montré que dans ces périodontites suppurées, l'issue des accidents ultérieurs dépend du rapport de niveau entre le point affecté et le fond de la gouttière vestibulaire, c'est-à-dire de cette gouttière que limitent en dehors les lèvres et les joues, et en dedans l'arcade dentaire correspondante. Si le sommet de la racine correspond à la cavité du vestibule, l'abcès s'ouvrira sur la muqueuse, dans ce vestibule ; mais lorsque ce sommet est situé à un niveau plus profond, le pus, cherchant son issue la plus directe, se portera vers les téguments de la joue au travers du tissu cellulaire lâche de la région ; dans ce cas il y a phlegmon facial et ouverture cutanée. Tel est le cas pour la dent de sagesse. Ainsi s'explique la fréquence des phlegmons et fistules cervicales et faciales dans l'histoire des accidents provoqués par l'éruption de cette dent. Parfois, lorsque l'inflammation est très violente, le pus apparaît à la fois sur la joue et dans la bouche. Dans ces formes graves, la suppuration peut s'étendre à une grande partie du maxillaire, et envahir au loin les parties molles ; le gonflement est alors extrême, s'étend à la région sous-hyoïdienne, et parfois jusqu'à la clavicule et au sternum, en même temps que la face est absolument déformée. Et aux violentes douleurs s'ajoutent des phénomènes généraux graves, fièvre, délire intense, en un mot, tous les symptômes d'un véritable phlegmon diffus.

Enfin, après ouverture de l'abcès, cette ostéite suppurée peut laisser après elle de la nécrose du maxillaire, et un séquestre, source de suppurations indéfinies et de fistules intarissables, pour lequel a dû être faite la résection d'une portion du maxillaire.

Un mot maintenant sur la constriction des mâchoires. C'est là une des complications les plus fréquentes. Elle accompagne parfois les formes inflammatoires même légères, et a ceci de grave qu'elle rend souvent le diagnostic obscur : on ne peut apercevoir la partie la plus reculée de l'arcade dentaire, pour vérifier l'état de la gencive au niveau de la dent de sagesse. Parfois cette constriction est due à la contracture réflexe des muscles élévateurs de la mâchoire ; mais dans la grande majorité des cas, elle est de nature inflammatoire, et reconnaît pour cause la propagation de l'inflammation à ses muscles élévateurs, surtout au masséter, si voisin de la dent de sagesse inférieure.

Parmi les accidents nerveux provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, les douleurs névralgiques occupent le premier rang. Le plus souvent elles accompagnent l'inflammation de la gencive ou de l'os ; mais parfois elles constituent le seul symptôme, sans inflammation visible. Elles ont pour siège la troisième molaire, mais peuvent aussi être ressenties au niveau des bicuspides et des incisives. Quelquefois il s'agit de névralgies franches, affectant l'un des nerfs dentaires, une des branches du trijumeau, ou même le trijumeau tout entier : ainsi s'expliquent les douleurs d'oreille et du globe de l'œil. Cette localisation des souffrances dans l'oreille est des plus douloureuses. Il peut même arriver que les irradiations douloureuses se propagent aux nerfs occipitaux, gagnent le cou, l'épaule et même le bras du côté correspondant.

D'autres troubles nerveux, d'ordre probablement réflexe, ont été signalés comme liés à l'éruption d'une dent de sagesse. Salter a vu une paralysie du bras cesser brusquement après l'avulsion d'une dent de sagesse, dont l'éruption était vicieuse. Dans deux cas mentionnés par Portal, des convulsions épileptiformes ont paru liées à cette éruption difficile de la troisième molaire. Mais d'autres observations de ce genre ne sont pas à l'abri de la critique, et nous n'y insisterons pas.

En face de ces accidents, qu'il s'agisse d'accidents inflammatoires ou nerveux, légers ou graves, le diagnostic ne peut être posé que si l'on examine les dents de sagesse : ce que l'on doit faire en tout cas, lorsque ces phénomènes se déroulent chez un individu âgé de vingt à trente ans. Seule cette exploration de la dent, ou de la gencive à son niveau, par la vue et par le toucher, ferait reconnaître la cause des accidents. Le tout est d'y songer, et de pouvoir le faire ; car bien souvent la constriction des mâchoires sera un obstacle à cette exploration.

Traitement. — Une considération générale do-

mine le traitement de ces accidents, quelle qu'en soit la nature : *il faut attaquer le plus tôt possible la cause des accidents*, sans se laisser égarer dans un traitement symptomatique. Il faut combattre la cause elle-même, et non les manifestations qu'elle provoque ; c'est à la dent de sagesse qu'il faut s'adresser.

Mais pour cela, pour le traitement comme pour le diagnostic, une première condition est indispensable : il faut triompher de la constriction des mâchoires, ou, du moins, la diminuer suffisamment pour pouvoir explorer l'emplacement de la dent de sagesse. On commencera par chloroformer le malade, puis on fera l'écartement forcé et progressif des mâchoires, soit à l'aide d'un des instruments spéciaux construits à cet effet, soit tout simplement avec un coin de bois, que l'on enfouira de plus en plus entre les arcades alvéolaires, au fur et à mesure que la tension des muscles diminuera. Les mâchoires une fois suffisamment écartées, on place entre elles un bouchon de liège de volume convenable pour maintenir cet écartement, on s'assure du diagnostic, et, continuant la chloroformisation, on fait l'intervention chirurgicale nécessaire.

Si la gencive seul fait obstacle à l'éruption de la dent de sagesse, il faut l'inciser. Une simple incision, une incision en V à sommet postérieur, ou une incision cruciale, peuvent suffire ; mais les lèvres de la plaie se rapprochent parfois, une cicatrisation rapide se fait, et les accidents continuent. Mieux vaut exciser, au bistouri et aux ciseaux, les lambeaux de cette gencive incisée, pour les empêcher de se réunir.

Lorsque la dent, déviée, a produit des ulcérations sur la langue ou sur la joue, le seul moyen de guérir ces ulcérations fongueuses est d'enlever la dent qui les a produites et les entretient : on les touchera ensuite au nitrate d'argent ou plutôt avec un tampon de ouate imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 1/12me. Et avec quelques gargarismes antiseptiques, ces ulcérations se cicatriseront rapidement, une fois leur cause disparue.

Ces soins antiseptiques de la bouche sont d'ailleurs de toute nécessité, et doivent toujours faire partie du traitement. Très fréquemment le malade se lavera la bouche avec les solutions habituelles en ces cas (eau boriquée à 40/1000, chloral à 1/100).

Maintenant, supposons que les entraves à l'éruption de la dent de sagesse résident dans les parties dures, dans le manque d'espace offert à cette dent. Il faut alors, de toute nécessité, ou extraire cette dent, ou lui ouvrir la voie en supprimant l'obstacle.

Si l'étroitesse de l'ouverture de l'alvéole s'oppose seule à l'éruption, après avoir mis la dent à découvert par l'excision de la gencive, on détruit à l'aide d'une gouge toute la portion du bord alvéolaire qui paraît devoir gêner le passage de la couronne. Mais le plus souvent, à la mâchoire inférieure, le manque d'espace tient à la distance insuffisante qui sépare la deuxième molaire de l'apophyse coronoïde. Il est alors nécessaire d'enlever une dent : c'est la dent de sagesse qu'on enlèvera de préférence. Si son avulsion présente de trop grandes difficultés, on pourra enlever la deuxième molaire, dans l'espoir que la troisième, prenant sa place, fera normalement son éruption. Mais souvent cette pratique ne fait pas disparaître les accidents. Aussi Magitot n'admet l'ablation de la deuxième molaire que comme un moyen d'arriver à l'extraction de la troisième, et celle-ci enlevée, il réimplante immédiatement la deuxième molaire.

Pour extraire la dent de sagesse et en particulier la dent de sagesse inférieure, surtout lorsqu'elle ne fait qu'apparaître au niveau de la rangée dentaire, il est presque impossible de se servir du davier. On emploie la langue-de-carpe, qui agit à la manière d'un levier. On en introduit la pointe à plat entre la dent de sagesse qu'on veut ôter et la dent voisine qui sert de point d'appui ; puis, par un mouvement de bascule, on enlève la troisième molaire en la poussant en même temps en haut et en arrière. Il suffit alors de la saisir avec un davier pour l'emmener au dehors. Ce procédé a le grand avantage d'être applicable même dans l'occlusion presque complète de la bouche, alors que la constriction des mâchoires n'a pu être que diminuée de peu : on a soin de repousser fortement en arrière, avec le doigt, la commissure labiale correspondante. On peut aussi atteindre de cette façon une dent plus ou moins incluse, à la seule condition que la langue-de-carpe puisse l'atteindre et pénétrer entre la couronne de la seconde molaire et celle de la troisième.

M. JOURDAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des étudiants.

Nous avons parlé déjà de la séance dans laquelle le Ministre de la guerre a combattu devant la commission sénatoriale la proposition de loi déposée par M. le Professeur Cornil et indiqué les raisons sur lesquelles il s'était basé pour s'opposer à son adoption.

Nous trouvons dans le *Bulletin médical* le compte rendu détaillé de la discussion. Il nous paraît devoir intéresser nos lecteurs :

M. le Ministre de la Guerre. — J'ai le regret de m'opposer à l'adoption de la modification proposée par M. Cornil à l'article 23 de la loi de recrutement.

En premier lieu, la proposition a pour objet le rétablissement des sursis d'appel jusqu'à 26 ans en faveur des étudiants en médecine. Si l'on entre dans cette voie, des demandes analogues ne manqueront pas de se produire en faveur d'autres catégories de dispensés et il sera difficile de leur opposer une résistance efficace quand les motifs mis en avant seront fondés sur des raisons tout aussi légitimes que celles qui sont alléguées pour les études médicales.

Or, la concession des sursis d'appel qui, dans cette acception, avaient disparu de notre législation militaire, se traduit par une diminution correspondante de l'effectif présent sous les drapeaux ; ce qui est une conséquence toujours des plus regrettables.

En outre, si la question d'exception est posée pour les étudiants en médecine, celle des élèves ecclésiastiques surgira d'elle-même, n'est-ce pas aller au devant de discussions ardentes, faites pour raviver des passions en train de se calmer ?

Cette proposition aurait, en outre, de graves conséquences budgétaires.

Le projet de loi indique que les jeunes docteurs devront être utilisés dans des fonctions médicales auxiliaires ; mais sera-t-il possible de leur refuser le grade d'officier accordé aux élèves sortant des écoles centrale, polytechnique et forestière ? Sera-t-il possible de placer ainsi dans des conditions

d'infériorité ces hommes âgés de vingt-six ou vingt-sept ans, pourvus d'un diplôme supérieur, acquis par cinq années au moins de hautes études et plus qualifiés, en somme, au point de vue de leur art que les élèves sortant de nos grandes écoles ?

Si, comme j'en ai la conviction, cette conséquence s'impose, elle se traduira par une augmentation de dépense de 1,800,000 francs. Je crois d'ailleurs que les mesures proposées offriraient certains avantages, tant au point de vue des études médicales qu'à celui de l'intérêt de l'armée. Malheureusement l'équilibre du budget ne le permet pas.

En résumé, je suis défavorable à la proposition de M. Cornil : 1° à cause de ses conséquences budgétaires ; 2° et surtout à cause de la diminution des effectifs qui en résulterait pour l'infanterie. On pourrait craindre, en effet, que les autres dispensés de l'article 23 ne réclament les mêmes avantages.

M. Cornil. — M. le ministre oppose à ma proposition des arguments de trois ordres : 1° diminuer des effectifs d'infanterie ; 2° les réclamations à prévoir des autres dispensés ; 3° les conséquences budgétaires.

Sur le premier point, je pourrais répondre que l'absence de cinq ou six cents étudiants en médecine ne constitue pas un déficit réel dans les rangs. Mais ce faible désavantage serait amplement compensé en procurant à l'armée, un an plus tard, toute une classe de médecins. Du reste, la présence des étudiants en médecine dans les rangs est un véritable trompe-l'œil, puisqu'en cas de mobilisation tous les étudiants en médecine, sans exception, passent dans le service de santé.

En ce qui concerne l'inconvénient, si redouté, de susciter des réclamations des élèves ecclésiastiques, je ne crois pas nécessaire de montrer, une fois de plus, qu'aucune assimilation ne saurait être établie entre eux et les étudiants en médecine, au point de vue des services que les uns et les autres sont appelés à rendre dans l'armée. Jamais les séminaristes ne réclameront des sursis d'appel, parce qu'ils ont tout avantage à faire à vingt ans leur année de service. Plus âgés, en effet, leurs études seraient plus avancées, ils auraient reçu au moins les premiers ordres ecclésiastiques, ils auraient donc un certain caractère sacré qui pourrait leur faire trouver encore plus pénible leur présence sous les drapeaux.

Quant à l'objection d'ordre budgétaire elle est purement gratuite, car ma proposition indique nettement que les jeunes docteurs accompliront leur année de service d'abord comme simples soldats, puis, s'il y a lieu, comme sous-officiers, après quelques mois de présence sous les drapeaux. En évaluant le surcroît de dépense que nécessiterait leur solde de sous-officiers à 200,000 francs par an, on est dans la vérité.

J'ajoute que, pour mon compte, il me semble excessif de conférer le grade d'officier aux jeunes docteurs dont il est question, car ce serait leur donner le pas sur ceux de leurs camarades qui entrent au Val-de-Grâce et doivent poursuivre la carrière militaire.

En résumé, je persiste à croire que l'immense avantage de se procurer, par ce moyen, des médecins de réserve à la hauteur du rôle qu'ils ont à remplir en cas de guerre, ne peut être mis en balance avec les légers inconvénients signalés par le ministre.

M. Lourties. — Le service de santé, tel qu'il se trouve actuellement constitué et laissé en dehors de la loi des cadres soumise au vote du parlement l'année dernière, paraît-il à M. le Ministre en état d'assurer les services et d'y pourvoir ? Sous ce rapport, l'armée allemande me paraît très supérieure. En cas de mobilisation, beaucoup de nos formations sanitaires devraient fonctionner sans médecin militaire.

La proposition de M. Cornil a, au moins, le mérite de pourvoir l'armée de médecins militairement instruits.

Quant à la question budgétaire, qui préoccupe M. le Ministre, dans le système actuel comme dans celui de la proposition de loi, les dépenses sont à peu près équivalentes; mais dans le second cas, au lieu de s'appliquer à un contingent de soldats d'infanterie, qui ne figureront jamais dans le rang en cas de guerre, elles s'appliquent à un contingent égal en nombre d'hommes âgés de vingt-six ans, qui grâce à des études médicales complètes, acquises antérieurement, pourraient être utilement préparés au service d'aides-majors pendant leur séjour dans nos régiments.

M. le Ministre. — Je ne conteste pas certains avantages de la proposition de loi. Mais les observations de M. Lourties se rapportent surtout à la loi des cadres.

M. Léon Labbé. — Je désire insister sur ce point qu'aucune catégorie de dispensés ne peut être assimilée aux étudiants en médecine, car pour eux seuls l'intégralité du temps qu'ils donnent à leurs études professionnelles est, à proprement parler, entièrement consacrée au service que l'armée attend de leur concours. La santé des militaires et des civils se répare, en effet, par le secours de la même science. Si les progrès de la chirurgie ont renversé la proportion des pertes par le feu — elles se chiffraient autrefois par 85 % des blessés, tandis qu'elles se chiffreraient aujourd'hui par 15 % — il est permis de dire que le bien supérieur de l'armée exige impérieusement une réforme du régime auquel les étudiants en médecine sont soumis. L'armée est la première intéressée à porter au plus haut point la capacité de ses médecins, et cependant notre loi militaire n'utilise à aucun degré ces précieux éléments ; en condamnant les étudiants en médecine au maniement du fusil pendant une année entière, les études médicales sont sacrifiées et l'armée n'y gagne rien ; par contre, elle néglige l'occasion de former nos jeunes médecins à leur service de guerre.

M. Berthelot. — Je demande à M. le Ministre de la guerre s'il ne serait pas possible, par simple voie réglementaire et sans avoir recours à une disposition législative, comme sans augmentation de crédits, de verser les étudiants en médecine dans le service de santé après quatre mois de présence sous les drapeaux. Pendant cette première période ils recevraient l'instruction militaire proprement dite pour les familiariser, dans la mesure indispensable, avec les choses de l'armée.

M. le Ministre de la guerre. — Je pense qu'une disposition de cette nature mériterait d'être étudiée ; elle semble, d'ailleurs, au premier abord, d'une réalisation facile ; toutefois, les étudiants seraient tenus de justifier de leur instruction militaire par un examen.

M. Cornil. — Je crois qu'une semblable mesure serait absolument stérile, parce qu'à vingt et un ans l'étudiant en médecine est encore trop peu instruit pour recevoir utilement l'instruction spéciale qui doit en faire un médecin de réserve. C'est mettre la charrue avant les bœufs.

M. Prevet. — Je demanderai si les étudiants en médecine, devenus docteurs, devront accomplir leur année de service comme soldats ou en qualité d'officiers.

M. Léon Labbé. — L'expérience faite dans les bataillons alpins répond à cette question. Grâce au sursis d'appel qu'autorisait le régime du volontariat, on a pu utiliser très heureusement les services d'étudiants incorporés comme simples soldats, mais ayant déjà trois ou quatre années d'études médicales.

M. Cornil. — Je rappelle l'économie de ma proposition ; elle consiste à faire servir les jeunes docteurs comme soldats d'abord, puis comme médecins auxiliaires dans les corps de troupe ou dans les hôpitaux avec le simple grade de caporal ou de sous-officier, puis, enfin, à les nommer aides-majors de réserve au sortir du régiment s'ils satis-

font d'ailleurs à un examen spécial passé devant une commission compétente. Il n'y a là ni difficultés, ni surcroît de dépenses.

M. Berthelot. — Je redoute une difficulté dans le rétablissement du sursis d'appel ; elle se révèlera dans l'application de l'article 24 aux étudiants en médecine qui n'auront pas obtenu, à l'âge de vingt-six ans, le diplôme de docteur ; les plus grands efforts seront tentés pour les soustraire au service militaire. Un courant d'idées dans ce sens se manifeste déjà à l'École de droit, où l'on ne cache pas l'espérance de voir les licenciés non pourvus du diplôme de docteur en temps utile échapper aux deux années de service complémentaires qu'ils doivent à l'armée.

M. Léon Labbé. — J'estime qu'en présence d'un texte aussi formel et aussi net que celui de l'article 24 de la loi de recrutement, on ne s'expliquerait pas la moindre hésitation de la part de l'autorité militaire ; les fruits secs de l'École de médecine ou de l'École de droit seront tenus de régler leur dette envers le pays au même titre que les instituteurs qui rompent leur engagement décennal. On ne peut pas raisonner dans l'hypothèse qu'une loi aussi impérative que celle du recrutement ne sera pas appliquée.

M. le général Japy. — Je ne crois pas qu'on doive faire grand fond de l'esprit de discipline des jeunes docteurs qui seraient incorporés comme soldats à vingt-six ou vingt-sept ans. Dûment pénétrés du sentiment de leur valeur professionnelle, sanctionnée par un diplôme supérieur, et, d'ailleurs, particulièrement exercés à la critique fort en honneur dans le milieu médical, ils montreront quelque répugnance à se plier aux ordres d'un simple caporal ou d'un « infirmier de visite ».

D'autre part, on s'exagère outre mesure l'importance d'une préparation spéciale nécessaire aux médecins militaires pour le rôle qu'ils auront à remplir en campagne. Pendant la guerre de Sécession, les Américains ont improvisé, du jour au lendemain, des ambulances remarquables.

M. le colonel Tézenas. — Je donne mon entière adhésion aux paroles de M. le Ministre de la guerre ; en cas de mobilisation, les étudiants en médecine dépourvus de toute instruction militaire seraient non seulement un embarras, mais un danger ; enfin, ils seraient les seuls de tous les citoyens français qui n'auraient point passé par le régiment.

M. le général Billot. — Je demande qu'à titre de renseignements pour ceux de mes collègues qui ne faisaient pas partie de la Commission de 1893, il soit donné lecture de la lettre dans laquelle M. le général Loizillon expose son opinion sur la proposition de loi.

M. le président ordonne la lecture de ce document, et elle a lieu.

M. le général Billot. — Je constate que M. le général Loizillon s'est montré aussi net dans son opposition que M. le général Mercier ; l'un et l'autre considèrent la proposition de loi comme nuisible aux intérêts de l'armée. Mon propre sentiment ne diffère pas du leur, et ma conviction est entière à cet égard.

A l'époque des grandes discussions sur la loi de 1889 le service de trois ans *pour tous* était accepté comme un dogme. La brillante intervention de M. Berthelot fit admettre de nombreuses exceptions. Aujourd'hui nous souffrons cruellement de cette série de privilèges accordés à la bourgeoisie et que l'on avait projeté de faire disparaître de nos institutions militaires en même temps que le volontariat d'un an et ses 1.500 francs.

M. Berthelot. — Je proteste contre l'imputation d'avoir été l'instigateur d'une série de privilèges au profit d'une classe de la société.

La critique qui vient d'être formulée contre la loi de 1889 repose sur une erreur, tout au moins sur une confusion entre les articles 21 et 23, et s'il existe une fissure par laquelle s'échappent indûment un trop grand nombre de dispensés, c'est dans l'article 21 qu'il la faut chercher. Les dispositions de l'article 23 constituent une nécessité sociale ; sans elles, la France serait bientôt diminuée au point de vue de son développement intellectuel intimement lié à sa puissance militaire elle-même.

M. Cornil. Je n'insisterai pas sur l'argumentation de M. le général Loizillon. La majeure partie de ses critiques porte sur des dispositions qui ont été modifiées par l'auteur de la proposition lui-même. Mais je répondrai à M. le général Billot qu'il ne s'agit pas de conférer un privilège aux étudiants en médecine, mais uniquement, et dans l'intérêt même de l'armée, de lui préparer chaque année toute une classe de médecins auxiliaires instruits.

Quant au sentiment de la Chambre à l'époque des discussions sur la loi de 1889, le service intégral de trois ans pour les étudiants en médecine était si peu regardé comme un dogme, que les projets votés à cette époque leur accordaient le sursis d'appel ; ces projets n'exigeaient d'eux qu'une année à passer dans le service de santé ; après quoi, on les nommait aides-majors de réserve.

M. Le Royer. — Je m'inspirerai d'une seule considération en présence d'arguments qui, de part et d'autre, sont graves et sérieux : la situation politique actuelle de l'Europe semble si précaire, que le moment n'est pas opportun pour toucher à la loi militaire et raviver certaines discussions.

L'état de paix où nous sommes mérite presque aussi bien le nom d'état de guerre, car, s'il se prolonge, c'est la ruine. Une solution quelconque interviendra donc dans un avenir peu éloigné ; à ce moment, notre législation militaire sera entièrement refondue. Dans ces conditions, et non sans regret, en présence des arguments donnés en faveur de la proposition de loi, je crois devoir me prononcer pour l'ajournement.

M. Peytral. — Je partage, dans une certaine mesure, l'opinion de M. Le Royer sur l'ajournement, mais sans lui assigner, toutefois, un terme aussi indéterminé. La proposition de M. Cornil pourrait être utilement reprise quand M. le Ministre de la guerre déposera le projet de loi, auquel il a fait allusion, sur les modifications à introduire dans l'article 23. Cet article soulève, en effet, des critiques fondées. Une de ses conséquences les plus graves, c'est que les colonels éprouvent les plus grandes difficultés pour le recrutement des cadres inférieurs ; presque tous les éléments instruits bénéficient du service d'un an. Je crois, d'ailleurs, que cet article doit être modifié en divers sens et en vue de la meilleure appropriation possible de nos ressources en hommes.

Après un échange de vues entre MM. le *général Billot*, *Lefèvre* et *Léon Labbé*, le *Président* propose à la Commission de statuer sur la demande d'ajournement :

« Il semble, dit-il, se dégager de nos débats que la principale objection opposée dans les deux Chambres à la proposition est tirée de l'assimilation que l'on s'efforcera d'établir entre les étudiants en médecine et les élèves ecclésiastiques pour réclamer en leur faveur un traitement identique. Telle est, incontestablement, la véritable objection. M. le Ministre n'a pas dissimulé ses préoccupations à cet égard ; il ne faut donc pas fermer volontairement les yeux sur une question qui sera fatalement soulevée au cours de la discussion publique, et sur laquelle il faut que la Commission prenne parti après mûres réflexions. »

M. Peytral. — Sans aucun doute, M. le Ministre de la guerre désire vivement éviter une discussion sur ce terrain.

M. le Président. — Personnellement, j'étais autrefois très partisan du sursis d'appel, mais il est certain que le sentiment contraire a prévalu. Je suis, d'ailleurs, favorable à une amélioration de la situation faite aux médecins, car j'ai pu me rendre compte des immenses services qu'ils auront à rendre.

Il faut bien reconnaître aussi que la thèse de

M. Cornil est de beaucoup la plus justifiée; néanmoins, il est à craindre que, présentée isolément, à titre d'exception au régime de l'article 23, la mesure ne rallie pas la majorité du Sénat, et même, dans ce cas, échoue à la Chambre.

M. Lourties. — Je crois précisément qu'il serait préférable de saisir le parlement d'un projet d'ensemble sur la constitution des cadres du service de santé, insuffisant à l'heure actuelle. La proposition Cornil, bonne en elle-même, n'est qu'un des éléments de la question.

M. Bardoux. — Ma conviction n'est pas ébranlée, car toutes les autres considérations disparaissent devant les nécessités de la guerre. Or, cette éventualité est l'unique base de nos débats, elle s'impose à toutes les consciences, et aucun intérêt étranger à l'intérêt de l'armée ne saurait lui faire contre-poids.

Les immenses pertes subies par les armées de Napoléon tiennent en grande partie à la pénurie des cadres du corps de santé, qu'il n'a pas réussi à mettre au niveau de ses besoins; aussi, en maintes circonstances, des milliers de blessés et malades périrent faute de secours et uniquement pour cette cause.

Dans ces conditions, il n'y a qu'une question à se poser: quelle est l'organisation qui, en temps de guerre, donnera les meilleurs résultats? Puisque tous les médecins seront appelés à soigner nos soldats, il faut leur donner la meilleure préparation possible.

En résumé, les inconvénients mis en balance des avantages incontestés du projet ne me permettent pas la moindre hésitation en faveur du projet.

M. Berthelot. — Je crois, comme M. Lourties, qu'en présentant au Parlement une loi d'ensemble sur le service de santé militaire, grâce à ce caractère bien défini, il serait possible d'y introduire une disposition spéciale aux étudiants en médecine, sans porter ombrage aux autres catégories de dispensés.

M. le Président. — Un projet de loi de cette nature se justifierait d'autant mieux que le cadre du service de santé est absolument insuffisant.

M. Cornil. — Je me rallie à la pensée d'englober ma proposition dans un projet d'ensemble.

M. Lourties. — Dans ce cas, je demanderai que la Commission veuille bien surseoir à statuer en attendant qu'elle sache si M. le Ministre est décidé à traiter la question dans son ensemble, car la collaboration de l'administration est indispensable dans l'élaboration d'un projet de réorganisation complète du service de santé.

Cette motion est adoptée et la Commission décide que MM. Lourties, Cornil et Labbé feront une démarche personnelle auprès de M. le Ministre de la guerre pour s'entendre avec lui à cet égard.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Concours de l'Externat des Hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de 409 Externes. Il y avait plus de 700 candidats.

— Le Jury du prochain concours pour le Bureau central de Médecine est ainsi constitué, sauf modifications:

MM. Faisans, Gouguenheim, Hérard, Hirtz, Netter, Schwartz et Talamon.

— Le conseil supérieur de l'Assistance publique a adopté une importante proposition de M. Paul Strauss, président de la 5e commission d'Assistance publique du Conseil municipal, relative à la réorganisation du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Aux termes de la proposition adoptée, le Conseil municipal sera représenté désormais par 11 de ses membres dans le conseil de surveillance; c'est-à-dire qu'il comprendra le tiers de l'assemblée.

En outre, le conseil de surveillance a décidé de s'adjoindre des personnalités choisies parmi les accoucheurs des hôpitaux et les médecins des bureaux de bienfaisance, ainsi qu'un patron et un ouvrier, désignés parmi les membres du conseil des prud'hommes.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3373. — M. le Dr Heurteau, à Fay-aux-Loges (Loiret), membre du Syndicat du Loiret.

N° 3374. — M. le Dr Force, à Sauxillanges (Pas-de-Calais), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Godard, de Fismes (Marne), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître:

1° Faune française : Les Némertiens, par le Dr L. Joubin, professeur-adjoint à la Faculté des Sciences de Rennes. Un volume grand in-8° de 223 pages, avec 4 planches en 12 couleurs et 22 figures dans le texte. Prix: 15 francs.

Cet important ouvrage est le premier volume de la *Faune française*, publiée par les soins de M. Raphael Blanchard et M. Jules de Guerne. Les volumes suivants paraîtront à bref délai.

C'est à nos confrères habitant le bord de la mer ou s'intéressant aux êtres de l'Océan que nous signalons ce beau volume, chef-d'œuvre de lithographie en couleurs. Tous les vers de mer y sont représentés avec leurs tons si vifs et si riches et leur détermination, grâce à cet ouvrage, peut se faire sans connaissances spéciales en histoire naturelle. Prix franco: 10 francs net au lieu de 15 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

2° L'Hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr A.-A. Cancalon, préface du Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition augmentée. Envoi franco contre un mandat de 4 fr., pour recevoir ce volume cartonné avec fers spéciaux.

.....Je veux en outre louer l'auteur d'avoir compris que les mesures législatives relatives à l'hygiène publique ont les plus grandes chances de rester lettres mortes, si le public et surtout les femmes n'en ont pas très clairement compris l'incontestable utilité. Les conseils qu'il donne à une mère, « sous une forme élégante et familière », comme le dit avec justice M. Dujardin-Beaumetz dans la préface, ont pour but d'initier toutes les mères aux vérités générales nouvelles sur lesquelles se fonde la réforme de l'hygiène..... Le dernier chapitre intitulé: *Comment on doit consulter le médecin*, mériterait d'être tiré à part et distribué dans toutes les familles aux frais des municipalités, tant il renferme en peu de pages de vérités bonnes à répandre.

En terminant, j'exprime le vœu que M. Cancalon continue ce qu'il a si bien commencé: il y a encore tant de sujets de même ordre à traiter! À des œuvres de vulgarisation comme la sienne nous applaudirons toujours.

P. Le Gendre,
Médecin des Hôpitaux.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 9 3 Mars 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des Hôpitaux de Paris.

(Année 1893-1894.)

Hôtel-Dieu. — MM. Bucquoy : cliniques au lit des malades, vendredi, à 9 heures. Maladies du cœur et des vaisseaux, mercredi à 9 heures. — Lancereaux : clinique au lit des malades, lundi, mercredi, vendredi à 8 h. 1/2. — Cornil : gynécologie, par M. le Dr Bonnaire, lundi, jeudi, vendredi à 10 h. — Conférences d'anatomie pathologique, mercredi, samedi à 10 h. — Ferrand : leçons cliniques, mardi et samedi, à 9 h. 1/2, jeudi, à 9 h. 1/2. — Polaillon : clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi à 9 h.

Pitié. — MM. Albert Robin : Thérapeutique clinique, mercredi, jeudi, à 9 h. Thérapeutique des maladies de la nutrition, vendredi à 9 h. 3/4. Conférences cliniques par des candidats au Bureau central, lundi, samedi à 10 h. — Josias : conférences cliniques, tous les jours à 9 h. (semestre d'été). — Paul Reclus : interrogatoire au lit des malades, lundi, mercredi, vendredi, dimanche à 9 h. Leçons au lit des malades, mardi, samedi à 9 h. Leçons à l'amphithéâtre, jeudi à 9 h.

Charité. — MM. Constantin Paul : conférences sur la thérapeutique clinique (et plus particulièrement sur les maladies du cœur et nerveuses), vendredi à 9 h. 1/2 (à partir du 1er mai 1894). — Gouraud : clinique médicale, lundi, mercredi et vendredi à 9 h. 1/2. — Després : Examen et traitement des maladies des femmes, jeudi à 10 h. Chirurgie journalière (consultations), mercredi. — Budin : leçons de clinique obstétricale, jeudi à 10 h. Cours théorique complet d'accouchement (fait par M. Bonnaire), à partir du 1er février 1894.

Saint-Antoine. — MM. Hanot : clinique médicale, jeudi à 10 h. 1/2. — Letulle : conférence d'anatomie pathologique pratique, lundi à 10 h. 1/2. — Blum : clinique chirurgicale, mercredi à 10 h. 1/2 (semestre d'hiver). — Ballet : maladies nerveuses et mentales, dimanche à 10 h. (en janvier). — Tapret : clinique médicale, jeudi à 10 h. 1/2. — Merklen : clinique médicale, lundi à 10 h. 1/2. — Monod : clinique chirurgicale, mardi, samedi à 10 h. 1/2 (semestre d'été). — Gaucher : maladies cutanées et syphilitiques, mercredi et samedi à 10 h. (toute l'année).

Necker. — MM. Rendu : clinique médicale, jeudi à 10 h. — Henri Huchard : clinique thérapeutique, lundi à 10 h. (à partir du 19 février). Conférences cliniques au lit des malades, mercredi et samedi à 9 h. 1/2. Démonstrations d'anatomie pathologique, jeudi. — Cuffer : pathologie clinique, mercredi à 10 h. 1/2. Leçons au lit des malades, lundi (adultes), vendredi (enfants).

Cochin. — MM. Dujardin-Beaumetz : clinique thérapeutique, tous les jours à 9 h. 1/2. — Juhel-Renoy : clinique thérapeutique, jeudi à 9 h. 1/2. — Schwartz : conférences de clinique chirurgicale, mardi et samedi à 10 h. 1/2. — Quenu : clinique chirurgicale et opérations, tous les jours à 9 h.

Beaujon. — MM. Fernet : conférences cliniques, dimanche à 9 h. 1/2. — Rigal : conférences cliniques, mercredi et jeudi à 9 h. 1/2. — Théophile Anger : clinique chirurgicale, mercredi et samedi à 9 h. 1/2. Leçons cliniques et opérations de gynécologie, lundi et jeudi à 9 h. 1/2. — Ribemont-Dessaignes : conférences cliniques, tous les jours à 9 h. 1/2.

Lariboisière. — MM. Duguet : clinique médicale, tous les jours à 9 h. — Gérin-Roze : clinique médicale, tous les jours (mercredi excepté) à 9 heures. — Gouguenheim : clinique médicale,

lundi, mercredi, vendredi à 9 heures. Maladies du larynx et du nez (leçons théoriques), dimanche à 9 heures. Consultation des Maladies du larynx et du nez, conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi à 9 h. — Landrieux : clinique médicale, samedi à 9 h. Consultation externe de gynécologie, jeudi à 9 h. — Troisier : clinique médicale, tous les jours à 9 h. — Dreyfus-Brisac : pathologie clinique, vendredi à 9 h. 1/4. — Delens : maladies des yeux. Examen ophtalmoscopique, tous les jours à 9 h. — Paul Berger : pathologie chirurgicale, tous les jours à 8 h. 3/4. — Peyrot : clinique chirurgicale, lundi, jeudi à 9 h. — Porak : clinique obstétricale, tous les jours à 10 h. 1/2.

Tenon. — MM. Barié : leçons cliniques, mercredi à 9 h. 1/2. Examen des malades par les élèves. Diagnostic et indications de traitement, lundi et mercredi à 9 h. 1/2. — Comby : leçons cliniques. (Examen des malades. Formules et prescriptions. Thérapeutique), mardi, jeudi et samedi à 9 h. Conférences cliniques, samedi à 9 h. (en été). — Hirtz : leçons cliniques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi à 9 h. Leçons de thérapeutique, samedi. — Félizet : Opérations (Affections osseuses), mercredi, samedi. Opérations aseptiques (hernies-tumeurs), mardi et mercredi. — Reynier : clinique chirurgicale, vendredi à 10 h.

Laënnec. — MM. Landouzy : clinique et thérapeutique médicales, mercredi à 9 h., jeudi à 10 h. — Gingeot : clinique médicale, vendredi à 9 h. 1/2. — Chauffard : conférences cliniques, une fois par semaine (à partir d'octobre, le jour et l'heure seront fixés ultérieurement). — Nicaise : clinique chirurgicale, samedi à 9 h. 1/2. Clinique élémentaire, mercredi à 9 1/2.

Bichat. — M. Roques : clinique médicale. Maladies des voies respiratoires, lundi, mercredi et samedi à 9 h. 1/2.

Broussais. — MM. Barth : conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, lundi, mercredi, vendredi à 10 h. (en novembre et décembre 1893). Conférences cliniques, mercredi à 10 h. (de février à juin 1894). — Campenon : conférences de clinique chirurgicale, jeudi à 10 h.

Hérold. — M. Variot : conférence de clinique générale, tous les jours à 10 h.

Saint-Louis. — MM. E. Besnier : polyclinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., mardi à 9 h. Affections parasitaires, teignes ; traitement des affections du cuir chevelu, mercredi à 9 h. Consultation clinique externe, vendredi à 9 h. Leçons cliniques sur les malades du service. (Leçons faites par M. Thibierge), samedi à 9 h. 1/2. — Hallopeau : dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche à 9 h. 1/2 (janvier, février, mars 1894). Consultation clinique externe, lundi à 9 h. (toute l'année). — Tenneson : affection du cuir chevelu, lundi à 9 h. Opérations dermatologiques, mardi à 9 h. (reprendra son cours au mois de mars 1894). Examen des nouveaux malades, jeudi à 9 h. — Du Castel : conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi à 10 h. (avril, mai, juin 1894). Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi à 9 h. 1/2. Examen et discussion des nouveaux malades. Polyclinique, jeudi à 9 h. (toute l'année). — Championnière : opérations et conférences cliniques (opérations abdominales le mardi), mardi, jeudi, à 9 h (toute l'année). Cours et conférences de clinique chirurgicale. — Marchand : clinique chirurgicale et opérations, samedi à 10 h. — Richelot : conférences de clinique chirurgicale, mercredi à 9 h. Opérations gynécologiques mercredi, jeudi, samedi. — Bar : Examen des malades, tous les jours (toute l'année).

Ricord. — MM. Mauriac : syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), samedi à 9 h. 1/2. — Balzer : affections vénériennes, lundi à 9 h. 1/2 (salles). — Humbert : clinique chirurgicale et maladies vénériennes (opérations), mardi à 9 h. 1/2.

Broca. — MM. de Beurmann : syphilis et maladies vénériennes, lundi à 10 h. — Renault : syphilis et maladies vénériennes, jeudi à 10 h. — Pozzi : gynécologie, mercredi et vendredi à 9 h. 1/2. Examen des malades et opérations gynécologiques, lundi, jeudi et samedi à 9 h. 1/2. Examen des malades externes, mardi à 9 h. 1/2.

Enfants-Malades. — MM. Jules Simon : maladies de l'enfance et thérapeutique infantile, mercredi à 9 h. Consultations cliniques, samedi. — Descroizilles : maladies infantiles, vendredi à 9 h. 1/2. — Ollivier : séméiologie, pathologie et clinique infantiles, lundi et vendredi. Polyclinique, mardi et samedi. — D'Heilly : leçons cliniques, mardi à 9 h. (à partir de février 1894). — De Saint-Germain : traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, jeudi à 9 h.

Trousseau. — MM. Legroux : conférences cliniques, mercredi à 3 h. 1/2. Visites, tous les matins, à 9 h. Consultation, lundi, jeudi à 10h. — Sevestre : conférences cliniques et examen des nouveaux malades, mercredi, samedi à 9 h. Consultation, mardi et vendredi à 9 h. — Moizard : Examen des malades nouveaux et conférences cliniques, lundi, jeudi à 9 h.

Enfants-Assistés. — M. Kirmisson : leçons cliniques sur les difformités des membres, lundi et vendredi à 9 h. (semestre d'hiver).

Salpêtrière. — MM. Auguste Voisin : maladies mentales et nerveuses, dimanche à 9 h. (à partir de mai 1894). — Jules Voisin : maladies mentales et nerveuses, jeudi à 10 h. (pendant le 1er trimestre 1894). — Terrillon : gynécologie, par M. Chaput, vendredi à 10 h. (à partir d'avril 1894).

La Rochefoucauld. — M. Brocq : conférences, cliniques, dermatologie, lundi, mercredi, vendredi à 8 h.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement des dyspepsies par le massage.

Dans les dyspepsies il n'y a pas que les altérations du chimisme ; aussi, pour les guérir, ne doit-on pas s'en remettre exclusivement aux substances chimiques plus ou moins correctives, que l'on prescrit par la voie buccale.

Il y a dans le fonctionnement de l'estomac un élément d'une importance aussi grande, sinon plus grande, que la fonction chimique : cette fonction, c'est la motricité.

L'estomac peut perdre presque complètement toute activité au point de vue chimique, ainsi

que le prouvent de nombreux faits cliniques et expérimentaux, sans que la nutrition soit compromise. Au contraire, lorsqu'il y a insuffisance motrice de l'estomac, dilatation et stase des liquides, il y a toujours des accidents graves et la santé générale est plus ou moins rapidement compromise.

La conséquence, c'est que, dans bien des cas, il faudra s'occuper beaucoup plutôt d'agir sur la motricité stomacale que sur sa sécrétion : c'est le muscle qu'il faut exciter beaucoup plus que la muqueuse. Agir sur la tunique musculaire de l'estomac sans agir sur la muqueuse, c'est là un des desiderata les plus importants de la thérapeutique antidyspeptique.

Or, il semble que le massage ait précisément cet avantage. M. le Dr *Cautru*, élève du professeur Hayem, cite dans sa thèse de nombreuses observations où il a obtenu de remarquables résultats par l'emploi du massage stomacal.

Traitement des hémorrhagies par inertie utérine.

Au moment de l'accouchement, les hémorrhagies par inertie utérine peuvent être combattues par les moyens suivants indiqués avec beaucoup de netteté dans la thèse du *Dr Candé* :

1o Débarrasser la cavité utérine des caillots qu'elle renferme.

2o Si l'hémorrhagie continue, avoir recours aux injections antiseptiques chaudes (45o), de préférence aux topiques coagulants qui présentent de nombreux inconvénients et à l'ergot de seigle ou à ses dérivés qui ne seront administrés que si les injections chaudes sont insuffisantes, et si l'utérus est absolument vide.

La compression de l'aorte exercée pendant quelques minutes permettra d'attendre l'action du médicament.

Mais si celui-ci n'agit pas, il est préférable, au lieu de s'attarder à la compression de l'aorte, d'introduire la main dans l'utérus, et dans le cas où sa présence n'exciterait pas suffisamment les contractions, d'avoir recours au tamponnement intra-utérin ou plutôt utéro-vaginal.

Que le résultat ait été obtenu par l'une ou l'autre de ces méthodes, il restera encore à relever l'état général et à prévenir les accidents dus à l'anémie aiguë. Les toniques du cœur, les stimulants du système nerveux, l'alcool en particulier, seront tout indiqués.

Enfin il faudra préserver avec le plus grand soin la nouvelle accouchée de l'action nocive du froid.

Traitement spécifique de la pneumonie franche aiguë.

Le *Dr de Duplaa de Gara*, de Cap-Breton (Landes), nous communique un opuscule dans lequel il prétend qu'en somme le traitement spécifique de la pneumonie franche aiguë existe et que ce traitement est à peu près celui de l'ancienne école.

Il l'appelle « *Méthode substitutive anticipée* ».

Quatre jours en moyenne, cinq jours au plus, suffisent pour enrayer la pneumonie. Puis, dix jours de convalescence, et c'est tout.

Cette méthode, que notre confrère donne comme infaillible, se compose de quatre éléments :

1o Les émissions sanguines ;
2o La diète absolue ;
3o Le régime ;
4o Les adjuvants.

Elle s'applique indistinctement, et sans exception, à tous les cas qui peuvent se présenter : sans aucun égard pour l'âge, le sexe, le tempérament, la force ou la faiblesse du sujet, la gravité ou la bénignité de la pneumonie ; si bien, que si, pour chaque maladie, on pouvait découvrir une formule de traitement aussi précise, ce serait le cas de classer la médecine parmi les sciences exactes.

Voici la formule de la méthode :

Le premier jour, pratiquer une saignée, en rapport avec le sujet.

Répéter tous les jours cette saignée, jusqu'à extinction de la fièvre.

Accompagner chaque jour les émissions sanguines d'une potion au laudanum de Sydenham (XII gouttes).

Continuer tous les jours cette potion calmante, jusqu'au moment où le malade pourra prendre des aliments.

Donner de la tisane de gomme à volonté.

Faire observer une diète absolue, depuis l'invasion de la pneumonie, jusqu'au troisième jour qui suivra la cessation de la fièvre.

Ce troisième jour, on ne permettra que trois tasses de lait pur et sucré (un quart de litre) prises en trois fois dans la journée.

Le quatrième jour, ajouter à pareille quantité de lait autant de bouillon à alterner dans la journée.

Le cinquième jour, joindre à la même quantité de lait et de bouillon une petite soupe ou du tapioca, ou une pâte quelconque : deux cuillerées de vin.

Le sixième jour, permettre en plus un œuf à la coque, — un peu de poulet, — quatre pruneaux cuits, — quatre cuillerées de vin par repas.

A partir du sixième jour, on augmentera journellement et graduellement la quantité d'aliments, jusqu'au jour où le malade pourra se lever.

« En exécutant point par point cette formule, on peut être assuré de guérir tous les malades au premier et au deuxième degré de la pneumonie, dit M. Duplaa de Gara.

« Quand on ne sera appelé qu'à la troisième phase de la maladie, alors que le poumon est sphacélé ou en suppuration, il faut bien se garder de tenter cette méthode : elle achèverait à l'instant le malade.

« Rien de plus simple, certainement, à exécuter que cette formule.

« Seulement, le médecin devra déployer beaucoup de fermeté pour résister au malade qui demandera trop tôt des aliments ; il devra aussi se prémunir contre les obsessions de ceux qui l'entourent ; car le moindre écart de régime peut entraîner, à très bref délai, la mort du malade.

« Le médecin relèvera beaucoup son autorité auprès du malade et de son entourage et leur inspirera de la confiance en faisant preuve lui-même de beaucoup de sang-froid, et en montrant beaucoup d'assurance dans le succès final du traitement.

« La méthode que je préconise, uniquement

dans un but humanitaire, rencontrera, je n'en doute pas, sinon des détracteurs, du moins des incrédules. »

Nous ne voulons être ni les premiers, ni les seconds ; c'est pour cela que nous exposons ici la méthode de M. Duplaa de Gara. Il cite 8 observations à l'appui de son affirmation. Nous ne pouvons qu'engager nos confrères à expérimenter cette méthode à la ville et à la campagne et à voir, si les résultats sont aussi nets dans les deux cas.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, chez l'enfant.

L'étude des tumeurs blanches du genou chez l'enfant fait chaque année l'objet de remarquables recherches, sur l'importance pratique desquelles il est à peine besoin d'insister. Le service chirurgical de l'hôpital Trousseau dirigé par M. Lannelongue est un vaste champ d'observation, qui fort heureusement est abondamment moissonné chaque année par ses élèves. M. le Dr *Guillemain*, deux fois lauréat de l'Internat, a choisi ce difficile sujet pour en fouiller les points particulièrement délaissés et indiquer d'une manière précise les principales lignes du traitement rationnel d'après les méthodes modernes. Nous essaierons de suivre les patientes études de M. Guillemain et comme lui, nous espérons montrer que tout n'est pas connu et banal dans la question des tumeurs blanches du genou.

I.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou s'observe le plus souvent de 2 à 10 ans, et ce sont les garçons qui paraissent les plus atteints. Les lésions initiales sont généralement *osseuses*, et on peut ajouter, d'*origine tibiale* (12 fois sur 16 cas). Pourquoi cette prédilection pour le tibia ? D'après *Guillemain*, cela tient :

A la structure éminemment spongieuse et vasculaire de cet os. Il suffit en effet de faire une coupe vertico-transversale du genou, pour voir que les aréoles du plateau tibial sont plus grandes que celles des condyles fémoraux. Or il est une loi générale de tuberculose osseuse qui trouve ici son application : le tubercule fuit le tissu compact pour se localiser dans le tissu spongieux.

Aux pressions énormes qu'il supporte : le poids du corps se transmet au sol par l'intermédiaire de l'axe fémoro-tibial. Or, si l'on ouvre une articulation du genou, on constate que la surface articulaire du tibia est deux fois moins étendue que celle du fémur (ce qui se comprend, puisque les condyles fémoraux se meuvent à chaque instant sur elle par un double mouvement de roulement et de glissement), elle sera donc soumise à une pression double, ce qui en fera un lieu de moindre résistance, et par suite un foyer d'élection pour la tuberculose.

La lésion initiale du *tibia* peut occuper trois sièges différents :

1° Dans certains cas elle est *épiphysaire*, limitée d'une part par le cartilage de conjugaison qui lui forme une barrière, de l'autre par le cartilage permanent qu'elle ne tarde pas à ulcérer. Une petite partie de l'épiphyse, du volume d'un pois, d'une noisette au plus, est d'abord envahie. Tantôt le foyer est à la partie postérieure de l'os ; tantôt il occupe la région antérieure ou même le centre ; dans ce cas il infectera la synoviale qui passe au-devant des ligaments croisés.

2° Les lésions *diaphysaires* sont fréquentes ; elles siègent sur la face externe et plus souvent sur la face interne de l'os, mais toujours en avant contre la tubérosité antérieure, immédiatement au-dessous de l'insertion du ligament rotulien. Ces cas sont les moins graves ; car, que le foyer aboutisse à une caverne ou à un séquestre, il est facile à atteindre par l'extérieur, vers lequel il a beaucoup plus de tendance à se diriger que dans la cavité articulaire.

3° Enfin la lésion peut être à cheval sur le cartilage de conjugaison, empiétant à la fois sur la diaphyse et l'épiphyse, elle est en un mot *diaphyso-épiphysaire*.

Au *Fémur*, la maladie peut débuter par l'épiphyse ou la diaphyse ; mais son siège est presque toujours postérieur, en arrière des condyles ou au niveau de l'échancrure intercondylienne.

Quant à la lésion même, elle suit une évolution unique : sur une coupe, c'est une petite tache blanc-jaunâtre siégeant en plein tissu osseux et ayant rarement plus de un centimètre carré. Son contenu, de consistance variable, est le plus souvent une matière caséeuse demi-solide qui, quand on la presse entre les doigts, donne la sensation de gravier due à de petits séquestres parcellaires. Une membrane fongueuse, dans laquelle le miscroscope fait reconnaître des follicules tuberculeux et des bacilles forme la paroi de cette cavité. Autour d'elle l'os présente d'ordinaire une zone plus ou moins étendue d'ostéite raréfiante. Ce sont là les lésions banales du tubercule enkysté des os ; voyons comment elles vont se propager à la synoviale.

En croissant par leur périphérie elles peuvent suivre deux voies : atteindre le périoste, le perforer et donner lieu à un abcès froid péri-articulaire, ou bien gagner l'articulation. Alors le cartilage d'encroûtement s'use par sa face profonde jusqu'à ce qu'il soit perforé, et si le contenu du foyer osseux est liquide, il se répand dans la cavité articulaire. On peut alors voir survenir tous les signes d'une arthrite aiguë qui devient secondairement tuberculeuse : mais c'est l'exception. D'ordinaire les choses se passent d'une façon plus insidieuse ; après le cartilage c'est la portion de synoviale adjacente qui se tuberculise. Il y a d'abord un semis de granulations localisé en ce point ; on peut les voir quand on fait une autopsie tout à fait au début, puis l'éruption se généralise et les fongosités apparaissent. Toutefois le maximum des lésions correspond toujours au foyer osseux, ce qui indique assez qu'il en est le point de départ.

Tandis que la synoviale devient fongueuse, les foyers osseux ne restent pas stationnaires, ils continuent à s'étendre, versent leur contenu caséeux dans le genou, et constituent des cavernes ; plus souvent peut-être ils aboutissent à la formation de *séquestres* qui ont une prédilection marquée pour le tibia.

Ces séquestres sont au début difficiles à reconnaître, la texture macroscopique de l'os n'est

point changée à leur niveau, les aréoles ont la même dimension : seule leur coloration diffère ; au lieu d'être rouges, ils sont d'un blanc sale ou légèrement jaunâtre ; plus tard ils deviennent franchement jaunes et tranchent sur l'os sain.

Leur forme est *irrégulière*.

Une fois constitué, le séquestre est un organe mort, un foyer de nécrose qui joue le rôle de corps étranger, et provoque autour de lui une ostéite raréfiante, qui l'isole et le rend mobile.

Quand le séquestre est mobile dans la caverne qui le renferme, il est séparé d'elle par un intervalle de quelques millimètres que remplit un liquide séro-purulent.

Le séquestre peut avoir la même forme et à peu près les mêmes dimensions que la caverne : les aspérités de l'un sont alors reçues dans les anfractuosités de l'autre. D'autres fois, le tissu osseux s'étant en grande partie résorbé, il y a disproportion entre le petit volume du séquestre et la caverne qui le contient.

Il n'est pas rare de trouver dans la même caverne plusieurs séquestres. Quand la nécrose est diaphyso-épiphysaire il est fréquent d'avoir deux séquestres : l'un supérieur en communication avec la cavité articulaire épiphysaire ; l'autre diaphysaire et en communication avec l'extérieur. Quoi qu'il en soit, ils entretiennent une suppuration interminable, jusqu'à ce qu'ils soient enlevés par le chirurgien.

Il peut arriver qu'une épiphyse soit envahie dans sa totalité par la nécrose tuberculeuse.

A un stade plus avancé de la maladie, l'épiphyse se détache et tombe dans la cavité articulaire où elle devient un véritable *corps étranger*.

Ces corps étrangers provoquent parfois une réaction inflammatoire intense et des désordres tels qu'il faut recourir à l'amputation. Quand elles ont séjourné un certain temps dans l'articulation, les épiphyses s'usent, se déforment, leurs angles s'arrondissent, leur volume diminue considérablement et elles deviennent méconnaissables.

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que presque toujours la caverne qui les renferme s'ouvre à la fois et dans la cavité articulaire et à la surface de l'os, infectant ainsi la synoviale et les tissus péri-articulaires.

Au lieu de ces lésions circonscrites on trouve, bien que plus rarement, dans l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, l'*infiltration diffuse des épiphyses*. Cela se voit surtout dans les formes molles, lorsque les altérations de la synoviale prédominent.

Quelle que soit la forme de tuberculose osseuse à laquelle on ait affaire, circonscrite ou diffuse, elle a toujours une notable tendance à mettre le genou dans une position vicieuse.

Les attitudes vicieuses du genou dues aux lésions tuberculeuses, peuvent être classées en quatre grands types :

1. **Genu valgum** (*variété exceptionnelle*). Saillie du genou en dedans de Bonnet.

2. **Genou angulaire simple** (*variété peu fréquente*). Luxation en arrière, jambe fléchie de Bonnet.

3. **Genou angulaire complexe** (*variété très fréquente*) ou luxation du tibia en arrière et en dehors avec incurvation diaphyso-épiphysaire de cet os.

4. **Luxation du tibia** dans le creux poplité la jambe étant étendue, ou luxation en levier.

Les lésions qui accompagnent et compliquent toute ostéo-arthrite du genou sont : l'hydarthrose et même la pyarthrose tuberculeuses, la synovite fongueuse, et les abcès froids périarticulaires, les lésions des vaisseaux, de la peau, des ganglions inguinaux et poplités.

En ce qui concerne la synovite fongueuse, c'est elle qui augmente le volume du genou et en modifie la forme. Ce sont tout d'abord les dépressions situées normalement de chaque côté du ligament rotulien qui s'effacent, puis celles qui encadrent la rotule et le tendon rotulien : le genou devient régulier, cylindrique ou plutôt fusiforme.

Les fongosités ont certains sièges de prédilection : le pourtour de la rotule, le cul-de-sac sous-tricipital, l'insertion des ligaments croisés. Elles ne restent pas limitées à la synoviale, mais envahissent les bourses séreuses qui communiquent avec elles, et notamment la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux et celle du muscle poplité : il faut probablement voir là l'origine d'un certain nombre d'abcès froids du creux poplité.

Quel que soit leur siège, les fongosités guérissent par sclérose et rétraction fibreuse, surtout si elles sont soumises à un traitement approprié ; ou bien elles subissent la caséification et la fonte purulente.

Le membre inférieur présente, dans son ensemble, une atrophie plus marquée sur les muscles de la cuisse que sur ceux de la jambe. Cet arrêt de développement se traduit souvent par un raccourcissement de 2 ou 3 centimètres. D'autres fois, on observe un léger allongement du membre, dû pour les uns à l'interposition de fongosités entre les surfaces articulaires qu'elles écartent ; pour les autres à une exagération irritative des propriétés ostéogéniques du cartilage de conjugaison.

M. Guillemain ajoute :

« La maladie, surtout si elle est bien traitée, est susceptible de guérir à n'importe quelle période de son évolution. Au début on peut obtenir une guérison complète avec conservation des mouvements et de la forme du genou. Plus tard, lorsque les fongosités sont abondantes, et surtout lorsqu'il y a suppuration, l'ankylose a grande tendance à se produire ; et, suivant l'étendue plus ou moins considérable des lésions, elle sera ici fibreuse, là osseuse.

« Du moment que le genou a perdu ses mouvements, il est préférable d'avoir une ankylose osseuse. Avec elle en effet le malade peut marcher sans fatigue ; les entorses et les récidives sont beaucoup moins fréquentes que quand il y a simplement fusion fibreuse.

« D'autres fois, et cela se voit surtout chez les enfants débilités et cachectiques, l'arthrite tuberculeuse n'a aucune tendance à la guérison. C'est alors que se font des suppurations étendues, des destructions ligamenteuses, des décollements épiphysaires contre lesquels le chirurgien n'a guère d'autre ressource que l'amputation.

« Enfin le malade peut mourir épuisé par la suppuration, ou emporté par une autre manifestation tuberculeuse, le plus souvent une ménin-

gite, plus rarement une tuberculose péritonéale ou pulmonaire. »

II

TRAITEMENT.

Le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou est double : le traitement général, hygiénique et le traitement local chirurgical.

Dans le traitement général, on fera jouer un grand rôle à l'hygiène : l'enfant ne gardera pas la chambre, mais vivra le plus possible au grand air, ce qui sera d'ailleurs facile s'il a le genou immobilisé dans un bon appareil.

Le régime sera réconfortant. On pourra lui associer avec avantage les aliments gras, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, les ferrugineux, et tous les médicaments réputés antituberculeux, iodoforme, créosote, gaïacol, etc.

Enfin certains climats, certaines stations thermales ou maritimes semblent surtout favorables à la guérison des arthrites tuberculeuses. Sur 100 malades atteints de tumeurs blanches du genou et traités dans un milieu hospitalier, Billroth n'a eu que 42 guérisons. Au contraire, Cazin, à l'hôpital maritime de Berck, a obtenu les résultats suivants : tuberculoses non suppurées du genou, guérisons 74,3 pour 100, morts 2,8 pour 100; tuberculoses suppurées, guérisons 68 pour 100, morts 9,8 pour 100. Si l'on compare ces deux statistiques on voit que le séjour au bord de la mer procure de grands avantages ; néanmoins il ne saurait à lui seul suffire et dispenser des interventions chirurgicales.

Le traitement local doit être divisé en deux parties, qui se complètent et ne peuvent réussir l'une sans l'autre.

Il faut combattre d'une part les manifestations tuberculeuses, fongosités, abcès, séquestres ; d'autre part les déformations, les attitudes vicieuses qu'on devra chercher à prévenir ou au moins à corriger.

En ce qui concerne le traitement des manifestations tuberculeuses, nous distinguerons trois cas principaux :

A. L'arthrite tuberculeuse n'est pas suppurée.

B. Elle est suppurée, mais bénigne.

C. Elle est grave.

A. *Arthrite non suppurée*.

C'est particulièrement dans ce cas que réussissent merveilleusement trois moyens combinés : *l'immobilisation, la compression, les injections médicamenteuses sclérogènes*.

L'*immobilisation* n'exerce certes pas une action directe sur le bacille et ses produits, mais « elle est une condition presque indispensable, « sinon pour guérir, du moins pour empêcher le « mal de s'étendre ». Elle calme les douleurs, modère l'inflammation, et a l'immense avantage d'éviter les attitudes vicieuses. Elle s'obtient en plaçant le membre dans une gouttière plâtrée qui s'étend du pied à la partie supérieure de la cuisse.

Dans le cas de contractures musculaires amenant une compression des surfaces articulaires et causant des douleurs vives, il est nécessaire de substituer à l'immobilisation l'extension continue : elle ne devra pas être continuée trop longtemps, car elle finit par amener le relâchement de l'appareil ligamenteux du genou.

La *compression* chasse les liquides de l'articulation et favorise l'atrophie des fongosités. Le meilleur moyen de l'obtenir est de mettre sur les points malades des plaques d'amadou que l'on fixe avec des bandelettes de diachylon ; on fait par-dessus un pansement ouaté.

La méthode sclérogène crée autour des fongosités un tissu fibreux tout spécial, dans lequel un très grand nombre de vaisseaux sont oblitérés ou rétrécis, et où les lymphatiques font défaut. Etant dépourvu de lymphatiques, il est donc réfractaire à l'infection tuberculeuse pour laquelle il constitue en quelque sorte une barrière. La conséquence immédiate de l'injection est la transformation du néoplasme tuberculeux en tissu fibreux, grâce à l'afflux de quantités énormes d'éléments embryonnaires, à l'oblitération et à l'atrésie des vaisseaux de la synoviale.

Les injections se pratiquent avec une solution de chlorure de zinc au dixième. Il faut, si faire se peut, amener la transformation de la synoviale en une seule séance, et injecter pour cela des doses relativement considérables de médicament, 40 à 50 gouttes.

Pour faire ces injections, M. Lannelongue procède de la façon suivante : « J'enfonce, dit-il, « l'aiguille au-dessus du cul-de-sac supérieur de « manière à atteindre le fémur au-dessus de la « réflexion de la synoviale fongueuse, et je dé- « pose la solution sur le fémur même, au-des- « sous du périoste. Je fais ainsi quatre ou cinq « piqûres de deux à trois gouttes chacune.

« Les parties de la synoviale placées au-des- « sous de la rotule de chaque côté du ligament « rotulien sont aussi accessibles. J'enfonce l'ai- « guille sur le bord de la rotule et je la dirige « parallèlement au ligament rotulien. Il importe « ici, pour éviter l'eschare, d'enfoncer l'aiguille « sous l'aponévrose en la dirigeant dans la cou- « che superficielle des fongosités.

« Pour rendre la transformation plus rapide « et plus sûre, je fais une nouvelle injection con- « tre le bord antérieur de l'épiphyse du tibia. » Des injections sont faites plus en arrière sur les tubérosités du fémur et du tibia pour atteindre, s'il y a lieu, les parties postérieures de la synoviale. Le membre est placé soit immédiatement, soit au bout de deux ou trois jours, dans une gouttière plâtrée.

Il est nécessaire de donner du chloroforme aux malades pour calmer les douleurs qui persistent d'ordinaire pendant trois ou quatre heures, mais cèdent facilement à une piqûre de morphine.

Le gonflement et la réaction inflammatoire apparaissent promptement et au bout de 24 heures ils ont presque atteint leur maximum. Le genou est uniformément gonflé, la peau qui le recouvre est rouge, tendue et luisante. Elle est sillonnée parfois de réseaux veineux aussi abondants que ceux que l'on observe à la surface des sarcomes. Cette circulation superficielle indique que les vaisseaux profonds ont été oblitérés en grande partie par le médicament. La réaction est proportionnelle à la dose de chlorure de zinc employée, et au titre de la solution. L'élévation de température ne dépasse pas 39°, et

retombe à la normale après quelques jours.

Au deuxième jour le palper révèle déjà un changement de consistance, les tissus fougueux ont plus de résistance et plus de tension. A leur périphérie se dessine une bandelette indurée en partie masquée par le gonflement inflammatoire.

L'irritation se propage au périoste et à l'os : c'est ainsi que l'on voit le plateau tibial, et surtout l'extrémité inférieure du fémur, notablement plus gros que du côté sain.

Vers le huitième jour toute réaction inflammatoire a disparu ; plus de douleurs, plus de rougeur des téguments. Les fongosités sont transformées dans toute leur étendue, elles ont une consistance ligneuse ; on dirait, suivant l'expression de M. Lannelongue, un *fibrome synovial*. Alors l'articulation est soumise à une compression énergique qui, suivant le cas, dure de six semaines à deux mois.

Les tissus sclérosés ont une tendance manifeste vers le retour à un tissu conjonctif plus lâche. La synoviale, d'abord très épaisse, diminue peu à peu, reprend son volume normal en même temps que les mouvements reviennent au moins aussi étendus qu'ils étaient avant l'intervention. Si les fongosités ont persisté en un point, il faut faire là une nouvelle série d'injections qui cette fois amènera un résultat certain.

Le plus sérieux et le plus fréquent des accidents est l'épanchement sanguin. Comme il ne se montre que quelques jours après l'injection, on ne peut accuser la seringue d'avoir piqué un vaisseau : il est le résultat de ruptures vasculaires consécutives elles-mêmes à la congestion inflammatoire. Du volume d'une noix au plus, il ne présente d'ailleurs aucune gravité, et cède vite à la compression sans avoir aucune tendance à suppurer.

Les eschares constituent une deuxième complication : elles ne se produisent jamais quand l'aiguille a été enfoncée profondément sous l'aponévrose, mais seulement quand le liquide est déposé sous la peau. Leur étendue ne dépasse pas celle d'une pièce de 50 centimes et la plaie qu'elles laissent après leur chute est vite réparée.

Quand la méthode sclérogène a amené la sclérose des tubercules et le retour des mouvements articulaires, on complète la guérison par le massage et l'électrisation.

B. *Arthrite suppurée bénigne.*

Ce qui caractérise les tumeurs blanches suppurées, c'est, d'une part, l'irrégularité dans la distribution des lésions qui ne se limitent pas aux parties voisines de l'interligne, mais s'étendent au tiers inférieur du fémur et supérieur du tibia ; c'est, d'autre part, leur évolution par poussées successives se montrant à plusieurs mois, plusieurs années même de distance.

Deux opérations ont été proposées et pratiquées dans ces formes d'arthrites : *l'arthrectomie* et *la résection*. La première est très souvent incomplète et, par suite, insuffisante. La seconde est peu applicable chez l'enfant, à moins d'être *intra-épiphysaire*. M. Guillemain préconise plutôt la méthode économique conservatrice de M. Ollier :

« Au lieu de vouloir enlever le mal en une fois, il vaut mieux attendre ses manifestations, les combattre à mesure qu'elles apparaissent, et faire en quelque sorte une *thérapeutique de symptômes*. Il faut inciser les abcès, enlever à la curette la membrane tuberculeuse qui les tapisse, cautériser leur paroi avec une solution de chlorure de zinc au 10e. Si l'abcès conduit dans l'articulation, s'il y a une pyarthrose, il faut faire une arthrotomie suivie du curettage articulaire.

« La recherche des foyers osseux avec le stylet se fera avec le plus grand soin : dès qu'on les aura trouvés, on les mettra largement à découvert, on enlèvera les séquestres qu'ils contiennent, et on fera des évidements aussi étendus que l'exigeront les lésions.

« L'ostéo-arthrite tuberculeuse évolue, avons-nous dit, par poussées successives, aussi une première intervention est-elle le plus souvent insuffisante et suivie de récidives, auxquelles il faut appliquer le même traitement, jusqu'à ce que la guérison définitive soit obtenue.

« Si l'on associe aux opérations économiques la méthode sclérogène, on abrège beaucoup la durée de la maladie. Le chlorure de zinc amène la transformation fibreuse des fongosités et des parois des abcès ; de plus, il met le chirurgien dans des conditions particulièrement avantageuses pour intervenir. En effet, la sclérose des tissus et les oblitérations vasculaires diminuent les chances d'auto-infection par le bacille tuberculeux.

« Enfin les récidives semblent moins fréquentes. »

Pour nous, nous croyons, avec M. Championnière, que la résection intra-épiphysaire bien faite, antiseptique surtout, est supérieure à la méthode lente. En thérapeutique tuberculicide, il faut être radical et expéditif ; les résultats sont bien plus rapides et bien plus sûrs ; ankylose pour ankylose, le résultat final est le même, et l'on a ainsi évité au malade un long séjour au lit qui ne peut que l'affaiblir.

C. *Arthrite grave.*

L'ostéo-arthrite tuberculeuse grave est caractérisée par un gonflement énorme du genou plus ou moins fléchi, des fistules multiples dont les unes conduisent dans l'articulation, les autres sur les os, des lésions diffuses et généralisées des épiphyses, des destructions ligamenteuses, etc.

Etant donné l'étendue des foyers, le curettage ne saurait tout enlever ; il en serait de même d'une résection, et l'*amputation* est à plus d'un titre indiquée. Néanmoins, nous croyons qu'avant de la faire, il faut tenter de conserver au malade son membre, ce qui est quelquefois possible par l'*ignipuncture*. Pour obtenir des résultats, il ne faut pas craindre d'enfoncer profondément la pointe du thermo-cautère jusque dans les extrémités osseuses. Les cautérisations seront très rapprochées les unes des autres et dépasseront à la périphérie les fongosités (arthrotomie ignée de Vincent, de Lyon).

La réaction qui suit la cautérisation est très vive ; elle s'apaise en quelques jours, les eschares s'éliminent peu à peu, et on doit aider leur chute par de petites opérations complémentaires. La guérison peut ainsi être obtenue sans amputation.

Le traitement orthopédique des déviations du

genou est au moins aussi important que le traitement antituberculeux.

Pour qu'une tumeur blanche du genou puisse être considérée comme guérie et que la marche soit possible, il ne suffit pas que les foyers tuberculeux soient éteints, que les fongosités aient subi la transformation fibreuse, il faut encore que le membre ait conservé une position convenable, qu'il n'y ait point flexion de la jambe sur la cuisse.

Au début, le traitement préventif est tout-puissant pour maintenir le genou dans la rectitude, il suffit de l'immobiliser dans une gouttière plâtrée postérieure. Elle devra être changée de temps en temps, car il arrive qu'un léger degré de flexion se produise dans l'appareil. Elle sera maintenue pendant toute la durée du traitement quel qu'il soit, et si une fois enlevée le genou a de la tendance à prendre une position vicieuse, on n'hésitera pas à l'appliquer de nouveau.

Outre qu'elle évite la déformation, l'attelle plâtrée hâte la guérison, car elle empêche la contracture musculaire et par suite les désordres irrémédiables causés par l'ulcération compressive.

Quand l'ankylose est déjà constituée en position vicieuse, il faut pratiquer le redressement, mais par les méthodes de douceur, c'est-à-dire par *l'extension continue.*

L'extension continue arrive aux mêmes résultats que le redressement brusque ; comme elle a sur lui l'immense avantage d'éviter les ruptures vasculaires, les fractures et les décollements épiphysaires, de provoquer un traumatisme moindre, et par suite une moindre réaction inflammatoire, elle doit lui être préférée. Ce n'est qu'après l'avoir reconnue impuissante, ce qui est rare d'ailleurs, que l'on aura recours au redressement en une seule séance sous le chloroforme.

M. Lannelongue emploie pour faire l'extension continue un poids de 3 ou 4 kilogs, qui est suffisant pour obtenir l'écartement des surfaces articulaires.

D'ailleurs, en clinique on commencera par une traction faible que l'on augmentera graduellement si elle est bien supportée. Il sera rarement nécessaire de dépasser 5 kilog. chez les enfants.

Dès que le membre est redressé, on l'immobilise dans une gouttière plâtrée de façon à obtenir l'ankylose complète dans la rectitude.

Quand l'ankylose est irréductible par l'extension continue, nulle hésitation n'est permise, il faut recourir à la résection intra-épiphysaire.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies contagieuses.

La question de la déclaration des maladies contagieuses a fait l'objet d'études intéressantes, dans la plupart des organes de la presse médicale.

Nos confrères ont montré les nombreux désagréments, qui attendent le corps médical, du fait de l'obligation, qui lui est imposée par la législation nouvelle, de faire ces déclarations.

Ils ont montré que le client n'accepterait pas toujours, sans récriminer, l'appréciation de son médecin qui le déclarera atteint d'une maladie contagieuse et opposerait parfois, à son diagnostic, l'opinion d'un autre médecin qu'il se sera empressé d'appeler ; que les maîtres d'hôtels et toutes personnes en général, qui auront, chez elles, des malades atteints d'une maladie de ce genre, subissant un préjudice matériel, se retourneront contre le médecin, qui, pour eux, sera cause de ce préjudice et, en cas d'erreur de diagnostic, pourront réclamer des dommages-intérêts, etc... etc...

Ils ont insisté sur un certain nombre de cas particuliers, qui peuvent se rencontrer fréquemment et mettront le médecin dans un embarras très grand, ses intérêts propres se trouvant, presque toujours, en désaccord avec son nouveau devoir.

Tout cela est absolument vrai et nous ne reviendrons pas sur cette argumentation. Mais un point n'a pas été traité et il nous paraît cependant de la plus haute importance : *à quoi tout cela servira-t-il* ? Nous répondrons sans hésiter : *à rien.*

Il ne faut pas n'envisager que Paris, ou les grandes villes ; il faut considérer le cas des campagnes et même des bourgs, où tout fera défaut, depuis les substances désinfectantes, jusqu'au bon vouloir des municipalités.

Voici la commune de Fouilly-les-Oies, — le médecin déclare que dans telle maison un cas de maladie contagieuse s'est déclaré — que va-t-il advenir ? Le Maire, qui recevra la carte postale, la remettra au Secrétaire de Mairie, celui-ci la déposera n'importe où, et tout sera dit. On s'apitoiera — peut-être — sur le cas du malade, mais où trouvera-t-on l'étuve à désinfection ? où le pulvérisateur ? Le budget de la commune n'ayant pas prévu le cas, on n'achètera même pas un kilo de soufre ou de sulfate de cuivre.

Donc aucune action directe, de la part de la municipalité, quant à la désinfection. Et se figure-t-on qu'elle veillera davantage à ce que les excréments ne soient pas versés au fumier ou au ruisseau ? à ce que des voisins ne viennent pas visiter le malade ? à ce que le malade, en convalescence, ne promène pas, par tout le village, les germes morbides ?

Quelle sera donc l'utilité de la déclaration ?

Et les communes de Fouilly-les-Oies sont plus nombreuses que les villes de 50.000 habitants !

Mais, dans ces mêmes communes, pour peu que Maire et médecin ne professent pas les mêmes opinions politiques, qu'ils représentent deux partis locaux différents, les conflits surgiront à chaque instant, et tel Maire qui, en présence d'une déclaration, ne s'aviserait jamais qu'il puisse avoir à intervenir, s'empressera, s'il n'a pas reçu la dite déclaration, de dénoncer le médecin et de lui chercher noise.

Et qu'on ne nous taxe pas d'exagération : la preuve se trouve facilement, si l'on examine ce qui se passe pour la police sanitaire des animaux.

On sait que la déclaration de certaines maladies est obligatoire pour les propriétaires d'animaux, et que cette déclaration a pour but de permettre des mesures d'isolement et de désin-

fection, destinées à empêcher la propagation de la maladie. Le cas est absolument le même. Eh bien! récemment, dans une commune rurale, un cultivateur omet de déclarer que ses vaches sont atteintes de la fièvre aphtheuse et la maladie gagne une autre étable. Le Maire, ayant affaire à un adversaire, fait dresser procès-verbal au fermier, qui est condamné à 50 francs d'amende; mais, ce résultat acquis, il se garde bien de prendre aucune mesure, ni dans l'une, ni dans l'autre des étables contaminées, et une troisième étable est prise. Or le Maire, et c'est un comble, était vétérinaire! — La vérité nous oblige à ajouter: sans clients.

L'exemple est-il suffisant?

C'est donc trop souvent à ce seul résultat qu'aboutira la réforme. Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à faire en matière d'hygiène et que nous soyons d'avis de laisser les choses en l'état? — En aucune façon. Nous disons simplement que *cette déclaration aurait dû être imposée au chef de famille et non au médecin.* Le service n'en aurait pas plus mal fonctionné et on eût évité de porter atteinte au caractère du médecin.

Quant à l'argument que l'Etat accordant des privilèges au médecin peut bien lui imposer des devoirs, il ne soutient pas un instant la discussion. Où donc sont ses privilèges? Nous ne lui en connaissons qu'un seul, celui de payer pour ses chevaux et ses voitures taxe entière, alors que tous les autres patentés sont seulement soumis à la demi-taxe. Quant aux autres mesures légales concernant le médecin, c'est dans l'intérêt de la Société et non dans le sien propre, qu'elles ont été édictées — et nous savons, du reste, comment l'Etat les fait respecter.

La vérité, c'est que les médecins, malgré les services rendus, malgré leur dévouement de chaque jour et leur abnégation, restent toujours en suspicion, et qu'on a voulu leur faire payer, par une mesure vexatoire, les quelques réformes indispensables que la loi nouvelle leur accordait.

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses, n'aura, presque nulle part, d'utilité pratique et le but cherché ne sera pas atteint. On aura, par contre, suscité au médecin des difficultés de toutes sortes, on lui aura rendu plus pénible encore l'exercice de sa profession.

Car, et c'est par là que nous terminerons, en regard de tous ces ennuis, des déboires pécuniaires et autres qui en résulteront pour lui, on s'est bien gardé de lui assurer, pour ce nouveau service public, *la moindre rémunération.*

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Procès-verbal de la séance du 20 janvier 1894.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Etaient présents: MM. Cézilly, Maurat, Jeanne et Archambaud.

Excusé: M. Gassot.

M. le secrétaire général donne lecture d'un certain nombre de lettres de confrères, qui trouvent que le questionnaire, imposé aux médecins chargés de faire l'examen des candidats, est beaucoup trop compliqué.

A la suite d'un échange d'observations entre MM. Cézilly, Maurat, Jeanne et Archambaud, on décide que le questionnaire sera remplacé par la déclaration qui y est contenue et qui sera modifiée de la façon suivante:

Je soussigné, etc., après m'être enquis des antécédents personnels et héréditaires, après avoir pratiqué l'examen de tous les organes et l'analyse des urines de M. etc... déclare que.....

M. le docteur Rigabert envoie au conseil une liste de confrères, ayant accepté d'être les correspondants de la Société, dans le département de la Charente-Inférieure. Des remerciements seront adressés à M. le docteur Rigabert et la liste des correspondants sera publiée dans le prochain numéro du concours médical. (Cette liste a été publiée n° 5 du 3 février 1894).

Le conseil procède ensuite à l'admission des nouveaux adhérents.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Le secrétaire des séances.

Dr ARCHAMBAUD.

Organisation de l'Eure.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Vico, à Etrépagny, premier adhérent du département et vice-président du Syndicat du Vexin.

CORRESPONDANTS:

Arrondissement d'Evreux.

MM. les Drs Regimbart, à Evreux; Devoisins, à Breteuil; Carcopino, à Verneuil; Martelli, à Rugles; Couraud, à Damville; Bertin-Duchâteau, à Vernon.

Arrondissement des Andelys.

MM. les Drs Mordagne, à Tourny; Bourdon, à Etrépagny; Olivier, à Fleury-sur-Andelle; Rayer, aux Andelys.

Arrondissement de Bernay.

MM. les Drs Teissier, à Bernay; Planel, à Beaumont-le-Roger.

Arrondissement de Louviers.

M. le Dr Poussin, à Neubourg.

Arrondissement de Pont-Audemer.

M. le Dr Rebulet, à Bourgtheroulde.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône.

30 septembre 1893

Nous extrayons du discours du Président, M. le Dr Richard, le passage suivant qui peut être intitulé: *Historique résumé du Syndicat médical de la Haute-Saône depuis sa fondation jusqu'à ce jour. (Douze années de Syndicat.)*

Je vous demande la permission, Messieurs, de vous faire l'historique résumé de notre Association depuis sa fondation jusqu'à ce jour. Nos Confrères qui font partie de notre Syndicat depuis peu de temps pourront se convaincre des importants avantages obtenus, dont ils continueront à profiter et dont profitent aussi les médecins du département qui n'ont pas jugé à propos d'entrer dans nos rangs.

Le Syndicat médical de la Haute-Saône compte actuellement douze années d'existence. Les comptes rendus annuels de ses séances, qui formeraient un volume de 406 pages, publiés et distribués à tous ses membres, sont intéressants et instructifs. Si vous relisez, comme j'ai eu le plaisir de le faire, toutes les communications qui ont été lues dans nos séances générales pour la défense de nos intérêts professionnels, vous constaterez que votre sphère d'action ne s'est pas toujours bornée à de simples comptes rendus. Vous allez en juger.

Dès la première année, un tarif d'honoraires fut établi pour les médecins syndiqués. Un peu plus tard, l'assemblée vota ceux qui seraient dus par les Sociétés de secours mutuels, les instituteurs, les cantonniers, etc. L'année suivante, en 1883, un premier succès fut obtenu pour le Syndicat par suite de l'augmentation de 2 centimes par tête d'habitant, ce qui, avec une nouvelle rétribution de la vaccine, produisit une augmentation de près de 9,000 fr. donnée par le département. (Rapport de M. le docteur Maussire, Président. — Compte-rendu de 1883, p. 5.)

C'est encore dans cette même année que le Syndicat décida qu'une rémunération devait être accordée pour les soins médicaux donnés aux enfants du premier âge placés dans le département.

A partir de cette époque, le Syndicat se préoccupa avec plus d'attention de la loi Roussel, au point de vue de sa mise en pratique qui fut trouvée si défectueuse, que nos honorables Confrères, conseillers généraux et d'arrondissement, furent chargés d'agir auprès de l'administration préfectorale pour rendre son application plus rigoureuse.

En 1888, cette question de la protection des enfants du premier âge s'est développée magistralement sous la plume de notre vaillant Confrère le docteur Massin. Son intéressante étude sur ce sujet était en quelque sorte la préface d'une autre question très importante, celle de la *dépopulation* en France, qui a été traitée dans cette enceinte à plusieurs reprises, surtout au point de vue de ses causes, ainsi que des lois qui seraient nécessaires pour mieux la combattre, telles que les vaccinations et revaccinations obligatoires, la constatation des décès, etc.

Dans le même ordre d'idées, notre honorable Confrère, le docteur Spindler, nous a parlé ici, en termes éloquents, de l'examen des méthodes antiseptiques en faveur des nouvelles accouchées. Il nous a rappelé, avec des observations à l'appui, que l'application bien employée de l'antisepsie dans l'état puerpéral, en ravissant à la mort un certain nombre de femmes en couches, était aussi une arme contre la dépopulation, dans une certaine mesure.

Vous savez, Messieurs, que cette question de la dépopulation de la France est à l'ordre du jour. Economistes et médecins recherchent les moyens d'enrayer le mal. Vous voudrez bien me permettre de m'arrêter un instant sur ce sujet.

Il convient d'abord de signaler deux sortes de dépopulation, qui sont également deux fléaux pour la France.

La première est générale et embrasse toutes nos provinces.

La seconde atteint toutes les campagnes d'une manière inquiétante, au profit des grandes agglomérations, par suite du déplacement de la population rurale vers les centres urbains, où les décès sont proportionnellement plus nombreux.

Il ressort du dernier recensement que les cinquante-six villes de France ayant plus de 30,000 âmes représentent à elles seules un accroissement de 340,000 habitants, qui, à lui seul, est supérieur à l'accroissement total de la population française.

D'un autre côté, tandis qu'en 1885 vingt-neuf départements seulement étaient en décroissance, on a constaté qu'en 1891 cinquante-cinq départements (vingt-six de plus qu'en 1886) étaient en décadence pour les mêmes raisons.

Parmi les nombreux moyens qui sont indiqués pour combattre la dépopulation rurale, je citerai, au point de vue médical, l'installation d'infirmeries dans tous les cantons qui en sont dépourvus, afin que l'assistance hospitalière, comme dans les villes, soit accessible aux ouvriers nécessiteux des campagnes qui n'iraient plus en si grand nombre grossir le chiffre des décès dans les cités industrielles. Je me hâte d'ajouter que la nouvelle loi sur l'Assistance médicale gratuite donnera, espérons-le, satisfaction à ce vœu.

En ce qui concerne la vaccination et la revaccination légalement obligatoires contre la dépopulation, la première mesure devant s'appliquer surtout chez les enfants sera très facilement mise en pratique. Mais, pour les revaccinations obligatoires chez les adultes et dans l'âge viril, il faudra peut-être s'attendre à de sérieuses difficultés.

Heureusement que pour les jeunes gens adultes l'administration de la guerre fait procéder aux revaccinations des jeunes recrues avec plus de rigueur que par le passé.

Actuellement, on doit revacciner tous les jeunes soldats arrivant sous les drapeaux et renouveler l'opération deux ou trois fois chez ceux qui le sont sans succès. Tous les réservistes et territoriaux sont revaccinés d'office quand ils ne peuvent établir qu'ils l'ont été avec succès depuis moins de huit ans. Toutes ces revaccinations sont faites avec de la pulpe vaccinale recueillie en abondance sur des génisses.

Nous savons que ces dernières prescriptions sont devenues plus rigoureuses depuis trois ou quatre ans seulement, et c'est à elles qu'il faut attribuer la diminution progressive de la variole chez nos soldats.

Nous voilà loin maintenant de cette période de 1832 à 1859, où la mortalité par la variole était plus forte dans l'armée française que dans toute la population civile.

Si nous remontons seulement à 1876, année dans laquelle on a relevé, dans l'armée française, 1,037 cas de variole et 121 décès, nous n'avons plus à constater, en 1891, époque la plus rapprochée, que 105 cas de variole et 3 décès seulement.

J'emprunte ces derniers chiffres à M. Lenglet, député, qui, dans son rapport sur le projet de loi pour la protection de la santé publique, a soin d'ajouter cette phrase bien vraie : « Moins il y a de malades au dehors de la caserne, moins il y en aura dedans. »

Il serait donc à désirer que l'administration civile se montrât aussi zélée que celle de la guerre pour la propagation efficace de la vaccine.

Des observations qui précèdent il résulterait fatalement que les filles et les femmes adultes devraient être plus exposées à contracter la variole que les hommes adultes, attendu que la revaccination n'est obligatoire que pour celles, en petit nombre, qui entrent dans certaines administrations.

Il serait curieux de savoir si, depuis trois ou quatre ans que les revaccinations dans l'armée sont pratiquées avec de si grandes précautions, les décès par la variole de vingt à quarante ans, pour toute la France, sont plus nombreux chez les filles et les femmes adultes que chez l'homme, dans la même période d'âge.

Espérons toutefois que la nouvelle loi sur la protection de la santé publique trouvera dans son application les moyens de rendre obligatoire une opération aussi inoffensive qu'humanitaire, et qui, depuis bien des années, est mise en pratique avec tant de succès dans les autres Etats de l'Europe.

Après cette digression, qui n'est pas tout à fait

étrangère à mon sujet, je reviens à l'historique abrégé de notre Syndicat.

Parmi les communications qui, depuis douze ans, ont été insérées dans nos mémoires et qui en font le plus bel ornement, je citerai les remarquables études de notre érudit conseil judiciaire M. l'avocat Grillon :

1° Sur les réquisitions de médecins (question de médecine légale).

2° Sur le secret médical.

3° Sur l'étendue des obligations des médecins relativement aux déclarations de naissance.

4° Sur certaines questions touchant à la médecine gratuite à propos de l'affaire de Ronchamp.

Ces mémoires, présentés avec une grande clarté et compréhensibles même pour ceux qui ne sont pas versés dans l'étude du droit, méritent d'être lus par nos nouveaux Confrères qui ne posséderaient pas la collection entière de nos comptes-rendus.

Dans ce même ordre d'idées, il est de toute justice de rappeler les éloquentes allocutions de tous nos honorables Présidents, qui m'ont précédé, et qui forment la partie la plus attrayante des annales de notre Syndicat.

Vous me permettrez, à cette occasion, Messieurs, de formuler un vœu. Habituellement, c'est à vos Présidents qu'incombe la tâche de vous exposer dans nos réunions générales toutes les communications d'intérêt professionnel, ainsi que celles qui sont du domaine de la science médicale.

Sans blesser votre modestie, mes chers Confrères, je crois être dans le vrai en proclamant ici que vous formez, comme membres de notre Association, un Syndicat médical qui se distingue par le savoir et l'étendue de ses connaissances. Pourquoi, chaque année, l'un de vous au moins ne traiterait-il pas un sujet que nous serions heureux d'entendre d'abord, et de lire ensuite dans nos comptes-rendus ? Ce serait alors, selon l'expression d'Horace, réunir l'utile à l'agréable, *utile dulci*.

Le Syndicat donne ensuite son avis sur diverses questions qui lui sont soumises et procède au renouvellement de la Chambre syndicale:

Bureau

Président : M. le Dr Pitoy, *de Jussey*.
Vice-Président : M. le Dr Gauthier, *de Luxeuil*.
Secrétaire : M. Dr Maussire, *de Vesoul*.
Trésorier : M. le Dr Schurrer, *de Vesoul*.

Délégués

Arrondissement de Vesoul : MM. les Drs Bontemps, *de Jussey* et Guilleminot, *de Scey-sur-Saône*.

Arrondissement de Lure : M. le Dr Mirondot, *de Villersexel*.

Arrondissement de Gray : MM. les Drs Massin, *de Vauconcourt*, et Gourdan-Fromentel fils, *de Gray*.

REPORTAGE MÉDICAL

— *XIe Congrès international de Médecine de Rome (29 Mars-5 Avril 1894).* — Aux bureaux du Comité, 14, boulevard Saint-Germain est en vente la brochure ci-dessous : **Voyages en Italie** *à l'Occasion du Congrès de Rome* par le Dr A. Labat. **Prix :** Aux bureaux 1 fr. ; par la poste 1 fr. 35.

Il suffit d'adresser 1 franc 35 centimes en timbres-poste aux bureaux du Comité pour recevoir cette brochure par la poste immédiatement.

Cette très intéressante brochure, qui n'a été tirée qu'à un nombre restreint d'exemplaires, donne une foule d'indications sur le voyage d'Italie au point de vue médical.

— *Nomination des internes des hôpitaux de Paris.* — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite. Ce sont MM. :

Internes titulaires. — 1. Gosset (Antonin), Vanverts, Proust, Batigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Monbouyran, Baron, Faitout, Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villère, Guinard, Rabé, Labbé, Long.

21. Anglielesco, Lenoble, Wiart, Lacour, Chevereau, Monod (Jacques), Bureau, Martin (Charles), Chabry, Dominici, Papillon, Wintrebert (Paul), Funck-Brentano, Bayeux, Barozzi, Planque, Morel, Jolly (Justin), Frenkel, Herbet.

41. Hallé, Pouquet, Bonnus, Bouchacourt, Chauvel (Ferdinand), Escat (Jean), Fournier (Edmond), Junien-Lavillauroy, Siron, Riche, Chauveau, Le Damany, Bonnet (Léon), Zeimet, Siguier, Arrizabalaga, Chéron, Cange, Fauvel (Louis), Page.

61. Carnot.

Plus 48 provisoires.

— *Les pharmacies municipales.* — Nous avons déjà parlé des projets bizarres du Conseil municipal de Roubaix au sujet de la création d'une pharmacie municipale. Heureusement la loi est représentée énergiquement par le préfet du Nord, qui a annulé la délibération du Conseil municipal.

« L'ouverture d'une pharmacie municipale affectée au public, dit la lettre du préfet, ou de tel autre établissement de vente, ne figure pas au nombre des institutions que la loi de 1884 autorise les assemblées communales à créer. Le vote du Conseil municipal est donc en opposition absolue avec le principe de la loi de 1884.

« Je rappelle d'ailleurs qu'en ce qui concerne les secours pharmaceutiques à fournir aux indigents, la loi du 24 vendémiaire an XI a autorisé les bureaux de bienfaisance à y pourvoir dans telles mesures qu'il peut leur paraître bon de le faire.

« M. le Ministre de l'intérieur a approuvé ces considérations et il estime comme moi que les dépenses votées par l'Assemblée communale, pour l'exécution de ses votes, ne sauraient être considérées comme constituant des services municipaux et que par suite, elles ne sont pas susceptibles d'être maintenues au budget. »

Le Conseil municipal de Roubaix n'en a pas moins maintenu son droit de procéder à la création d'une pharmacie municipale. Il a confirmé ses délibérations antérieures et a insisté pour qu'elles fussent suivies d'exécution.

Espérons que ce jeu se terminera par l'interdiction nette et définitive contre cette prétention insoutenable.

Les honoraires des sages-femmes en Allemagne. — Décidément, il vaut mieux être sage-femme à Paris qu'à Francfort-sur l'Oder.

Voici le tarif qui vient d'être fixé pour les honoraires dans cette ville ; il est maigre :

Pour un accouchement ou un avortement ayant nécessité douze heures de présence : 3 fr. 75.

Pour un accouchement de plus de douze heures consécutives : 5 fr.

Pour un accouchement de plus de vingt-quatre heures : 7 fr. 50.

Pour l'examen des organes génitaux en dehors de l'accouchement : 1 fr. 25.

Pour une injection vaginale, un cathétérisme de la vessie ou un lavement, en dehors des soins consécutifs à l'accouchement : 1 fr.

Pour les soins à une accouchée et à son enfant, par jour : 0 fr. 65.

Pour une application de ventouses ou la pose de sangsues : 1 fr. 25.

Pour une délivrance artificielle : 3 fr. 75.

Pour une version par manœuvres internes : 7 fr. 50.

La sage-femme a droit au transport en voiture pour se rendre chez la parturiente ou en revenir, quand le trajet dépasse 2 kilomètres. Quand il s'agit d'indigents, la commune doit assurer ce transport ou en payer le prix, même si la sage-femme fait le trajet à pied.

— *Cabinets d'aisances obligatoires.* — Les conditions dans lesquelles sont bâtis un grand nombre d'anciens immeubles constituent une cause permanente de danger pour l'hygiène, et il arrive le plus souvent que les commissions instituées pour l'assainissement des logements insalubres se heurtent à l'inertie des propriétaires. C'est ainsi que trop fréquemment et précisément dans les maisons les plus peuplées de certains quartiers le nombre des cabinets d'aisances est insuffisant. A ce propos le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, vient de rendre une décision sur laquelle pourra s'appuyer l'Administration pour amener les mauvaises volontés à composition. Il s'agissait d'une maison sise à Paris, rue Saint-Martin, et composée de trois corps de bâtiments, dont deux, comprenant chacun cinq étages habités par de nombreux locataires, sont dépourvus de cabinets d'aisances. Il n'en existe qu'un dans l'escalier du troisième corps de bâtiment et un dans la cour. Néanmoins, le propriétaire résistait aux injonctions de la commission des logements insalubres, confirmées par le Conseil de préfecture. Mais le Conseil d'Etat vient de décider en dernier ressort que l'insuffisance du nombre des cabinets eu égard au nombre de personnes habitant un immeuble est, par suite des conséquences qu'elle entraîne, une cause grave d'insalubrité pour les corps de logis qui en sont dépourvus. Il a, en conséquence, rejeté le reco urs du propriétaire, qui sera contraint d'exécuter les travaux prescrits.

Que ne fait-on de même pour une multitude d'immeubles du même genre que nous connaissons à la Villette et à la Butte-aux-Cailles ! Il y a là une question primordiale encore bien négligée.

— *Inauguration du buste de Léon Tripier.* — Samedi 10 février, le buste de Léon Tripier a été solennellement inauguré à la Faculté de Médecine, où il a été définitivement placé. La salle des Pas-Perdus était trop petite pour contenir l'assistance choisie qui avait tenu à honorer la mémoire du défunt. Outre le personnel enseignant de la Faculté au grand complet, outre une foule d'étudiants, on pouvait remarquer l'élite de la société lyonnaise, une partie des autorités, les notabilités du monde artistique, etc. Les professeurs Chauveau et Bouchard, de l'Institut, le docteur Charrin étaient spécialement venus de Paris saluer l'image de leur ami ou de leur maître.

MM. Arloing, Lortel, Gangolphe, Louis Dor, Gros ont pris successivement la parole.

— Par suite de la non-acceptation de MM. Chauffard, Gouguenheim et Héraud, le jury du concours du Bureau central est actuellement composé ainsi qu'il suit : MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Babinski, Landrieux, Schwartz et Oulmont.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3875. — M. le Dr Dorez, de Somsois (Marne), membre de l'Association des médecins de la Marne.

N° 3876. — M. Guillevic, médecin à Boissey-le-Château (Eure), membre de l'Association des médecins du Loiret.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

Instructions pratiques sur l'utilité et l'emploi des Machines agricoles sur le terrain, *Semailles*, par Alfred Debains, Ingénieur des Arts et Manufactures, Professeur de Génie rural à l'Ecole Nationale d'Agriculture de Grand-Jouan. Un volume in-8° avec 76 figures dans le texte, et 32 clichés de Machines agricoles en appendice. Prix cartonné : 4 francs.

Dans ce volume l'auteur continue les intéressantes études sur les machines agricoles commencées dans la première partie publiée l'année dernière et traitant des *labours* ; mais dans cette deuxième partie les études portent plus particulièrement sur les instruments destinés à ameublir le sol, à lui confier régulièrement les semences et à préserver les plantes que produisent ces semences contre les herbes ou animaux parasites qui pourraient les détruire. Cet ouvrage constitue un excellent guide pour l'agriculteur qui veut acheter une machine agricole ; il contient toutes les indications nécessaires pour le règlement et la conduite des instruments sur le terrain. L'auteur insiste tout spécialement sur l'emploi des semoirs à grains, outils indispensables aujourd'hui dans toute culture progressive ; il donne en outre la description des Pulvérisateurs destinés à combattre les maladies parasitaires des plantes ; cette partie de l'ouvrage, qui contient la description des appareils les plus récents et les plus perfectionnés, intéresse plus particulièrement les viticulteurs.

Envoi franco de chaque volume (*Labours* ou *Semailles*) contre un mandat-poste de quatre francs adressé à Monsieur le directeur de la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris. Net 3 fr. 20, franco.

La photographie en voyage et en excursion, par M. Gaston-Henri Niewenglowski, président de la Société des Amateurs Photographes, Directeur du journal « La Photographie ». Un volume broché, avec figures. Prix : 2 fr.

Utilisation des vieux négatifs et des plaques voilées, par M. Gaston-Henri Niewenglowski. Un volume broché, avec figures. Prix : 1 fr. 25.

Causeries sur la photographie, par L. Tissérand. 1 volume grand in-18 Jésus, broché, avec figures. 1 fr. 50.

La Galvanoplastie et les dépôts électrolytiques, par Ch. Coffignier, Ingénieur-chimiste. 1 volume grand in-18 Jésus, broché, avec figures. 1 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année  N° 10 10 Mars 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Composition du comité : Président : Théophile Roussel ; Vice-Présidents : Henri Monod, Franck-Chauveau ; Secrétaire général fondateur : Dr Cézilly ; Secrétaire général : Dr Gillet de Grandmont.

Membres : MM. Cuvinot, Farcy, Jules Steeg, Dr Brouardel, Dr Dujardin-Beaumetz, Dr Grancher, Hyades, Léon Colin, Magnier, Nicolas, Dr Lereboullet, Dr Treille, Dr Laborde, Nocart, Dr Gibert, Dr Maurat, Chastaing, Trésorier.

La Société de protection a été fondée par le Concours médical en 1887. Les premiers dons qu'elle a reçus ont été ceux de la Société du Concours, qui a fait tous les frais d'étude et d'organisation, et de M. le Dr Antony (de Guelma, Algérie), 100 fr. La première réunion du comité a eu lieu le 3) janvier 1888 et les statuts ont été rédigés par une commission composée de MM. Henri Monod, Jules Steeg, Lereboullet et Cézilly.

Le comité sollicitait et obtenait en 1889 et 1890 des souscriptions. M. Henri Monod procurait six mille francs du ministère de l'intérieur ; M. Nicolas, cinq cents francs du ministère du commerce ; M. le Dr Maurat, dix-sept cents francs, de divers membres de la famille de Rothschild.

Des allocations importantes étaient faites à la veuve du Dr *Ricordeau*, de Poitiers ; à Madame veuve *Le Goff* ; à Madame veuve *Mérandon*, à la famille du Dr *Piasecky*, du Havre

Une nouvelle victime du devoir médical, le Dr *Cossard*, de Blangy (Seine-Inférieure), a succombé au typhus exanthématique, en donnant ses soins gratuits à des indigents et en procédant à la désinfection des logements des typhiques. La Société de protection a alloué une somme de *cinq cents francs* à Madame veuve Cossard.

La Société se tient exactement au courant des actes de dévouement accomplis, chaque jour, par le corps médical. Toutes les fois qu'un fait de ce genre se produit, elle s'informe et lorsque, heureusement, les familles des victimes sont dans une situation telle qu'elles n'ont pas besoin de recourir à elle, on leur envoie une médaille commémorative, d'un modèle spécial, destinée à consacrer le souvenir de l'acte accompli.

La Société se propose de faire, cette année, une démarche auprès de M. le Ministre de l'Agriculture, en vue d'obtenir une allocation, sur les fonds à répartir, des produits du pari mutuel.

Elle sollicite d'ailleurs les indications de tous les médecins, qui auraient à lui signaler un médecin mort, non pas des risques naturels de la profession, mais victime de l'accomplissement d'un acte, qui dépasse les bornes du dévouement professionnel.

Pour la Société de Protection :

Le secrétaire général fondateur,
Dr Cézilly.

Le secrétaire général,
Dr Gillet de Grandmont,
4, rue Halévy.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'inutilité des sels de quinine en général contre les fièvres non paludéennes.

Notre dernier article sur l'inutilité des sels de quinine contre la fièvre en général, a provoqué, à notre grande satisfaction, une petite réclamation de la part d'un membre du Concours, ancien médecin de colonisation en Algérie, le Dr *Volette*. Notre confrère prétend que nous nous trompons et vante contre toute fièvre l'action du *valérianate de quinine.*

Nous ne discutons pas sur la valeur de tel ou tel sel de quinine ; pour nous, ils se valent tous, au point de vue de l'inefficacité contre l'hyperthermie en dehors du paludisme. M. Volette n'est pas de notre avis, d'autant plus qu'il n'a pas les mêmes idées que nous sur la fièvre ; nous lui donnons la parole :

« Tout d'abord, laissez-moi regretter l'emploi exclusif maintenant du thermomètre comme juge de la pyrexie. Dans la fièvre il n'y a pas que la chaleur produite en excès, il y a la surexcitation de l'appareil circulatoire que nous indique le pouls avec ses qualités si diverses que les médecins seront moins aptes à apprécier.

« Ainsi, je me suis vu contester qu'il y eût fièvre chez une jeune fille anémique alors que le pouls battait 110 fois à la minute. Therm. 37°8. Il m'a été complètement inutile de faire remarquer que l'oxygène ayant diminué dans le sang de cette malade avec le nombre des hématies, et que, par conséquent, les oxydations avaient diminué d'énergie dans la même proportion.

« Pour rares qu'elles puissent être, les disjonctions entre la courbe thermique et celle du pouls sont indubitables. Osera-t-on dire qu'il n'y a pas de fièvre à la fin de la gangrène gazeuse. Quand cette disjonction se produit, c'est aller contre toute probabilité, puisque le premier signe de toute septicémie, c'est la fièvre.

« Je n'admets donc pas l'infaillibilité du thermomètre dans le cas présent, d'autant plus que l'action de la quinine n'est jamais rapide comme celle de l'antipyrine. Même dans le Paludisme, la première dose ne produit presque jamais d'effet apparent et alors on pourrait lui appliquer le même raisonnement qui aboutit à sa condamnation. Son action est lente et profonde autant que celle de l'antipyrine est rapide et éphémère.

« En opposition à l'aphorisme du *Concours*, je poserais celui-ci :

« Dans toutes les affections fébriles d'une certaine durée, la quinine (je ne dis pas le sulfate) est très utile au moment des exacerbations de la fièvre. »

Pour nous, nous ne redoutons qu'une chose dans la fièvre, c'est l'hyperthermie qui seule est capable de provoquer de graves accidents, cérébraux et cardiaques (dégénérescences graisseuses, hémorrhagies).

Or, nous maintenons que la quinine n'abaisse pas la température chez les fébricitants non paludiques et que l'antipyrine et les bains l'abaissent ; donc la quinine est inutile contre la fièvre.

Quant à la tachycardie, dont parle notre confrère, elle n'est pas synonyme de fièvre, et nous soutenons que la malade dont il parle, qui n'avait que 37°8, avec 110 pulsations, n'était nullement fébricitante. Le valérianate de quinine peut être, en effet, fort utile contre les tachycardies nerveuses de ce genre.

Notre confrère nous cite encore l'exemple de la pleurésie franche aiguë, qui ne rétrograde pas par l'application d'un vésicatoire, si ce vésicatoire est appliqué au début, et qui au contraire guérit à condition qu'on ait administré préalablement la quinine. L'expectation de quelques jours produit absolument le même résultat, sans quinine.

Nous persistons donc dans notre opinion.

Tachycardie chez les tuberculeux.

Déjà signalée par les auteurs classiques, la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire vient de faire le sujet de nouvelles études de la part de *M. Beẓançon*, dans la *Revue de Médecine.*

Dans certains cas, ce symptôme prend une importance telle qu'il dénature le tableau de la phthisie et peut à lui seul amener la mort du malade.

De même que dans la tachycardie essentielle paroxystique, à côté des formes à tachycardie pure, il en existe d'autres avec asystolie ; de même dans la tachycardie symptomatique de la tuberculose, à côté des formes communes, qui ne sont pour ainsi dire qu'une simple curiosité clinique, il en est d'autres où l'on assiste bientôt à l'épuisement du myocarde et à tous les accidents qui accompagnent la dilatation du cœur.

Les faits réunis par M. Bezançon montrent qu'un certain nombre de tuberculeux, au lieu de succomber par suite des progrès de leur lésion pulmonaire, sont pris à une période variable de leur affection, tantôt au début, tantôt à la fin, d'accidents d'ordre tout différent, accidents qui changent le tableau morbide et font de ces tuberculeux de véritables cardiaques.

Après une phase le plus souvent passée inaperçue de tachycardie sans accidents, le cœur finit par se forcer. Le malade présente de l'œdème des membres inférieurs, le foie devient souvent plus gros et douloureux en même temps, le symptôme capital qui doit toujours dans le cours d'une tuberculose pulmonaire chronique faire craindre une complication, apparaît : une dyspn e très vive allant jusqu'à l'orthopnée.

A cette dyspnée se joint souvent de la cyanose plus ou moins marquée, limitée à la face ou généralisée, et cependant, si, attiré par ces symptômes, on examine soigneusement le cœur, on ne perçoit aucun bruit d'orifice, il n'y a pas de lésion aortique ou mitrale, dont la non-compensation explique les accidents.

Les bruits du cœur sont souvent encore bien frappés, ils sont réguliers, et la seule anomalie est leur rapidité, considérable dans certains cas.

Le pouls indique bien mieux le trouble profond apporté à la circulation, il contraste avec la vigueur relative du cœur. S'il est régulier, le plus souvent il est d'une faiblesse extrême, à peine perceptible quelquefois.

On se trouve donc, de par les œdèmes, de par les caractères du pouls, de par la dyspnée, en présence d'une asystolie confirmée ; cette asystolie ne subira pas de régression, les œdèmes augmenteront, de même que la dyspnée et la cyanose, les urines tomberont au taux de deux à trois cents grammes et la mort surviendra dans un délai toujours rapide. Les divers médicaments de l'asystolie, la digitale, la caféine, la spartéine restent sans résultat.

La pathogénie de la tachycardie des phthisiques peut être interprétée de diverses manières. Dans un premier groupe de faits, la tachycardie s'explique par des phénomènes de compression du côté du pneumo-gastrique, compression due le plus souvent à des adénopathies.

Pour les autres cas, dont on ne peut trouver la cause dans la compression, il est probable qu'il faut faire jouer un rôle important aux toxines microbiennes, qu'elles soient dues au bacille de Koch ou aux microbes d'infection secondaire, qui végètent si abondamment dans les poumons des phthisiques.

Les tractions rythmées de la langue.

Pour tâcher de convaincre une fois de plus nos confrères des merveilleux résultats que l'on obtient par le procédé du Dr Laborde, nous reproduisons quelques faits racontés par M. Laborde lui-même à la Société clinique des praticiens.

« Le procédé a été employé avec succès dans un cas de mort apparente, à la suite de bronchite capillaire suffocante par le docteur Boriez, de Mont-de-Marsan. Je crois aussi devoir vous signaler son utilité dans l'*asthme nerveux*, dont les attaques nocturnes sont si pénibles. Le malade peut exercer les tractions sur lui-même ; on voit la respiration se régulariser et l'accès être conjuré. On peut essayer encore les tractions de la langue dans le cas d'asphyxie croupale même avant la trachéotomie, parce qu'il provoque le rejet des fausses membranes par le vomissement et la toux. Enfin, la syncope simple, motivée par l'hémorrhagie ou par toute autre cause, est rapidement justiciable, d'après des faits démonstratifs — du procédé de la langue ; en ce cas le rappel de la respiration incite secondairement et ramène la fonction cardiaque.

« Il y a chez l'enfant cette particularité, c'est que son excitabilité bulbaire peut être bien plus vive et persistante que chez l'adulte. On en a rappelé à la vie au bout de cinq quarts d'heure. M. Delineau a ressuscité un petit malade après trois quarts d'heure, au moins, de mort apparente. Je ne puis donner la limite exacte de persistance du réflexe bulbaire : cette question est en ce moment à l'étude. Mais voici, entre autres, un fait bien remarquable de cette survie. Mon ancien collègue et ami, le docteur Sorre (de Saint-Malo) est appelé près d'une fille qui venait d'accoucher clandestinement d'un enfant, qu'elle abandonna dans une criminelle intention. Il donne ses soins à la mère, en danger par hémorrhagie, puis demande l'enfant, mort, ou du moins qui a cessé de respirer depuis cinq quarts d'heure environ. Il le prend, lui fait des *tractions* rythmées de la langue, insiste, et, au bout d'un quart d'heure, le ramène à la vie. — Et un quart d'heure c'est long, je vous assure, lorsqu'on est en présence d'un être inanimé.

« Il est malheureusement des cas trop tardifs où le procédé ne réussit pas ; mais telle est sa puissance qu'il réveille quand même le réflexe respiratoire, et ramène la respiration et solidairement la circulation. Il y a quelque temps, le professeur Coutenot (de Besançon) venait de faire une leçon sur l'asphyxie. C'était à propos d'une jeune fille qu'il venait de voir mourir de méningite tuberculeuse. Il a l'idée d'aller au lit de la morte avec ses élèves pour leur montrer la technique du procédé des tractions de la langue. Il prend pour sujet le cadavre de cette jeune fille qui venait de mourir, et quel n'est pas son étonnement et la stupéfaction des assistants, après quelques tractions, de voir une inspiration se produire, puis la respiration revenir, le cœur se remettre à battre, et même la figure se colorer. Ce phénomène dura trois quarts d'heure. La mort existait, mais il y avait eu une reviviscence végétative, en quelque sorte, des fonctions respiratoire et circulatoire. On avait remis en jeu les phénomènes biologiques.

« Il y a aussi une autre observation non moins curieuse, due au docteur Coriton, de Paris. Il est une nuit appelé en toute hâte, auprès d'une femme succombant à un accès de suffocation par adéno-bronchite tuberculeuse. Comme il montait l'escalier, on accourt lui apprendre que la malade venait de mourir. Il se rend cependant auprès de la morte, a l'idée d'essayer, à la grande stupéfaction des assistants, les tractions de la langue. Il a le bonheur de ramener la malade à la vie ; elle a vécu trois mois.

« Le procédé de la langue peut être employé concurremment avec les autres (pressions sur le thorax, flagellation, bains, etc.), et on peut toujours saisir la langue avec la main armée d'un linge ou d'un mouchoir, ce qui lui donne le caractère le plus pratique possible.

« En tout cas je vous recommande de ne pas craindre de tirer sur la langue et sa racine ; elle s'y prête fort bien par son élasticité, et quand on commence à sentir la résistance, c'est que la vie revient. »

..... « Quand vous n'êtes pas arrivés par des tractions persistantes à ramener la vie, vous pouvez être assurés que le malade est bien mort ; vous avez là un signe de la certitude de la mort. »

Traitement orthophonique des opérés de staphylorrhaphie.

M. le Dr *Chervin*, dans une récente communication à la Société de chirurgie, insiste sur la nécessité absolue d'une éducation soignée pour compléter une opération de staphylorrhaphie.

L'éducation d'un staphylorrhaphié ne doit pas être laissée au hasard, si l'on veut tirer tout le parti possible de l'opération en vue de la restitution d'un langage satisfaisant. « Les efforts et la constance de l'opéré, la direction à laquelle il est soumis jouent le rôle le plus indispensable », dit excellemment M. Lannelongue.

Le trouble du langage porte à la fois sur la voix et sur la prononciation ; il est constitué : 1° par un nasonnement plus ou moins accentué ; 2° par une inarticulation des voyelles et des consonnes.

Une voix est agréable à entendre, lorsqu'elle a un timbre clair, sonnant. On sait quelles conditions doivent remplir les organes pour attein-

dre ce résultat. Il faut que le son laryngien vienne se renforcer dans des cavités de résonnance bien constituées, où le courant d'air se distribue suivant les nécessités de la phonation. Dans les fissures palatines, même restaurées, les lésions organiques bouleversent cette harmonie dans la distribution du courant d'air.

A l'état normal, le pharynx a un aspect urséoliforme très marqué, tandis que, dans les fissures palatines, par suite de l'absence de la voûte ou du voile du palais, il se présente avec une disposition en forme d'entonnoir dont la large ouverture déverse dans les fosses nasales le courant d'air expiré.

Les dimensions des fosses nasales et du pharynx sont le plus souvent exagérées. C'est à cet ensemble de défectuosités organiques qu'est dû le nasonnement.

Le patient est obligé de faire les plus grands efforts pour arriver à articuler les syllabes.

Il faut faire l'éducation individuelle de chaque consonne et même de la plupart des voyelles, car il est rare que toutes soient prononcées d'une manière satisfaisante. C'est même par l'étude des voyelles qu'il faut commencer. L'élève, tout en essayant de perfectionner l'émission des sons, aura le temps de s'habituer aux exercices phoniques et de se rendre compte des mouvements de sa langue et de ses lèvres.

Il faudra en profiter pour exercer méthodiquement la respiration. Il faudra parvenir à diriger la plus grande partie du son dans la bouche et non dans les fosses nasales. Bien guidé, le malade arrivera en quelques semaines à prononcer des voyelles assez pures pour que A ne se confonde pas avec AN, IN, avec UN, etc. Puis, on abordera, enfin, l'étude des consonnes pour lesquelles le mécanisme détaillé de chacune d'elles devra être expliqué et surtout démontré pratiquement. C'est alors qu'on aura l'occasion de mettre à profit l'éducation de la respiration et de la pose de la voix. C'est un travail de tâtonnement, d'attention pour lequel professeur et élève devront faire large provision de patience, car il durera de six semaines à deux mois à raison de plusieurs heures par jour.

Sous l'influence d'une éducation *méthodique* bien conduite, le malade arrivera à prononcer très nettement, très clairement les consonnes, y compris les explosives B, P, D, T, G, K.

Lorsque le sujet sera rompu aux difficultés du mécanisme de la prononciation de chaque consonne, il faudra l'exercer à la lecture, à la conversation, à la récitation, et il sera bon de l'inviter à garder sinon un silence absolu, du moins à parler le moins possible pendant tout le temps de la durée de cet apprentissage de la parole, jusqu'à ce que son langage ait acquis une sûreté d'articulation suffisante.

Telles sont les règles générales qui doivent présider à l'éducation vocale d'un opéré de fissure palatine.

Le carbonate de créosote et les cures d'air dans le traitement de la tuberculose.

Le Dr *Chaumier*, de Tours, dont nous avons déjà analysé la communication au Congrès de la tuberculose, nous propose un traitement bien plus manifestement efficace contre la tuberculose, c'est l'administration du carbonate de créosote de Heyden combinée avec la cure de grand air.

Le carbonate de créosote n'est pas caustique. Il a un goût fade, huileux, avec un léger arrière-goût de goudron ou de créosote.

On l'emploie pur, ou en émulsion dans l'huile. Comme ce produit contient 92 % de créosote, on peut, sous un petit volume faire prendre beaucoup de cette substance.

Les malades l'acceptent généralement bien, et ne se plaignent d'aucune irritation du côté de l'estomac ou de l'intestin.

On le fait prendre par cuillerées à café, 1, 2, 3, 4, par jour.

Le carbonate de créosote se dédouble dans les voies digestives — dans l'intestin à ce que prétendent les chimistes ; les éthers, et le carbonate de créosote est un éther, ayant besoin d'un milieu alcalin pour se dédoubler.

C'est ce dédoublement dans les voies digestives qui est la chose importante, car la créosote est alors absorbée au fur et à mesure qu'elle est mise en liberté. Et comme ce dédoublement ne doit se produire à la fois que sur une petite quantité du produit, l'absorption doit se répartir sur toute la longueur de l'intestin, ce qui explique qu'il ne se produit pas d'irritation.

On peut, du reste, injecter sous la peau le carbonate de créosote, en ayant soin de le chauffer légèrement et d'employer une grosse aiguille. Il se décompose alors dans le sein des tissus ; et ce qui le prouve, c'est l'élimination de la créosote par l'urine.

La première chose que l'on observe sur le malade prenant du carbonate de créosote, c'est l'augmentation d'appétit et l'augmentation de poids, et en même temps la diminution et la cessation de la toux.

Quant à la cure d'air, M. *Chaumier* préconise le séjour aux environs de Tours.

La cure d'air, si indispensable dans le traitement de la tuberculose, peut se faire partout, mais, il y a certains endroits où elle est plus facile. En effet, elle sera désagréable, l'hiver dans le Nord et l'été dans le Midi ; je dirai même qu'elle sera plus supportable l'hiver dans le Nord que l'été dans le Midi ; car la trop grande chaleur enlève l'appétit, si nécesaire aux tuberculeux.

La Touraine réalise, paraît-il, les meilleures conditions, il n'y fait pas de grandes chaleurs, ni de grands froids.

CHIRURGIE PRATIQUE

La résection du genou. Technique et pronostic.

Comme complément indispensable à notre dernier article sur l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant, nous avons pensé qu'il était urgent de décrire cette belle opération que nous avons indiquée et vantée comme traitement de la tumeur blanche. C'est certainement chez l'adulte qu'elle donne les plus parfaits résultats ; mais elle est praticable avec de sérieux avantages chez l'enfant.

La condition *sine quâ non* de la résection du genou a été nettement formulée par M. *Lucas-Championnière* : C'est la réunion par pre-

mière intention. Avec la suppuration, la résection du genou est sans avenir. Douleurs, épuisement, déplacements secondaires, tout contribue à en faire une opération médiocrement attrayante. Il est certain que si l'on n'est pas absolument sûr de sa pratique antiseptique, il ne faut pas entreprendre cette opération ; car, obtenir l'asepsie parfaite dans une résection du genou est une des œuvres les plus difficiles de la chirurgie antiseptique. Le malade ne doit courir aucun risque du fait de l'intervention chirurgicale, afin d'obtenir la guérison dans le minimum de temps. Or, pour cela, l'antisepsie ne saurait être appliquée à peu près.

I

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION DU GENOU

L'indication de pratiquer la résection étant reconnue positive, on fera subir à l'opéré les préparatifs ordinaires : une purgation, puis un bain savonneux, et on fera raser soigneusement les poils de la jambe et du genou. Vingt-quatre heures avant l'opération on appliquera un pansement avec des compresses imbibées de sublimé au millième et recouvertes de taffetas gommé.

Instruments : Il faut avoir un bistouri droit ordinaire, des ciseaux, des pinces hémostatiques, une grosse sonde eannelée, une sonde de Blandin, quelques lames de cuivre laminé, une scie bien plate, un ostéotome large de Championnière, un maillet, une bonne pince coupante de Nélaton, quelques eurettes de Volkmann, un bistouri à résection, un perforateur à os, des pinces à dissection, une aiguille de Reverdin courbe, des fils d'argent, de catgut (gros et moyens), préparés méticuleusement, des crins de Florence, enfin une bande et un tube d'Esmarch.

Pour le pansement, il faut préparer des drains en caoutchouc rigide, bien aseptiques, de la gaze iodoformée, des sachets contenant une poudre antiseptique :

Iodoforme................	ââ p. e.
Benjoin....................	
Poudre de quinquina.......	
Carbonate de magnésie saturé d'essence d'eucalyptus.	

Un mackintosh, de l'ouate hydrophile ou mieux de l'ouate de tourbe, des bandes de gaze humides, deux grandes attelles plâtrées et un tuteur métallique rigide interposé dans l'appareil plâtré ; enfin, des éponges et des compresses bouillies et phéniquées. Cela étant préparé, les instruments convenablement flambés à l'alcool, nettoyés au chloroforme et trempés pendant quelques heures dans l'eau phéniquée au 20me, on anesthésie le malade avec le chloroforme ou l'éther.

Remarquons, en passant, que nous n'employons pas l'étuve à stériliser ; c'est un appareil coûteux, pas à la portée de tous et nous pouvons ajouter, parfaitement trompeur et inutile.

La région opératoire est savonnée, brossée, dégraissée avec une décoction de bois de panama ou de l'éther, lavée à l'eau phéniquée au 20e, avec une compresse bouillie. Au niveau de la partie moyenne de la cuisse, on place des compresses bouillies phéniquées ; de même, au-dessous du genou à opérer, sur la jambe et sous le creux poplité.

Incision. Le chirurgien et ses aides ont les manches retroussées jusqu'au-dessus du coude, les avant-bras, les mains, les ongles savonnés, brossés et plongés dans l'eau phéniquée au 40e, sans les essuyer. On applique la bande et le tube d'Esmarch au-dessus du genou, au milieu de la cuisse. Un aide saisit la jambe et la maintient en flexion à angle droit sur la cuisse.

L'incision est faite au bistouri droit, suivant une ligne concave, partant du condyle fémoral d'un côté et allant rejoindre la tubérosité du condyle de l'autre côté, la concavité étant dirigée en haut et embrassant la pointe de la rotule ; les incisions peuvent avoir bien d'autres formes ; celle que nous avons indiquée est la meilleure et la plus commode. Le bistouri entame la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, les ailerons ligamenteux, le ligament rotulien qu'il sectionne ; le genou est ouvert : on libère les surfaces articulaires en sectionnant le ligament croisé externe, puis le ligament croisé interne ; sur les parties latérales, on sectionne les trousseaux fibreux, les ligaments latéraux ; puis on dépose le bistouri, car il ne faut pas ouvrir le creux poplité où se trouvent les gros troncs vasculo-nerveux. Si dans le cours des incisions, on a sectionné la saphène interne le long du ligament latéral interne, il est prudent d'y jeter deux pinces, pendant que le tube d'Esmarch assure l'hémostase.

Le genou est alors bien fléchi à angle aigu et désarticulé par quelques mouvements forcés.

Prenant alors le bistouri à résection, on fait bien maintenir la jambe à angle droit sur la cuisse, en la soulevant un peu en haut; on libère avec soin le plateau tibial, en avant, en dehors, en dedans, en arrière ; on explore avec soin les points malades, les fongosités que l'on gratte au fur et à mesure; chez l'adulte, il faut libérer l'os le plus bas possible, afin de dépasser sûrement les limites du mal ; point d'économies mal placées, il faut enlever tout, plutôt un peu plus ; peu importe le raccourcissement; l'important est de ne rien laisser de suspect, car alors les résultats seraient déplorables. Point de rapidité dans l'exploration et la décortication ; ce serait plus que de l'étourderie, ce serait une faute grave : l'opération ne comporte pas le brio ; il faut que chaque parcelle fibreuse ou graisseuse soit épluchée avec soin.

Chez l'enfant, même lenteur et même attention naturellement ; mais on ne peut franchir une certaine limite, sous peine de faire de la mauvaise besogne. Il faut en effet à tout prix conserver les cartilages de conjugaison, indispensables au développement ultérieur de l'os en longueur. Pour cela, il faut connaître la hauteur des épiphyses. D'après Kœnig, les chiffres ne sont pas absolument semblables dans toutes les parties de l'os ; au milieu, la hauteur de l'épiphyse est

de 8 millimètres chez le nouveau-né.
de 15 mm. à 11 ans ;
de 18 mm. à 16 ans.

La partie latérale externe présente une hauteur

de 8 mm. à la naissance.
de 12 mm. à 11 ans ;
de 13 mm. à 16 ans ;

La partie latérale interne a une hauteur
de 8 mm. à la naissance;
de 12 mm. 5 à 11 ans;
de 13 mm. 5 à 16 ans.

En résumé, avant 11 ans, *il ne faut pas enlever plus d'* 1/2 *centimètre* d'épiphyse; après 11 ans, *pas plus d'*1 *centim.* 1/2 au milieu, *et pas plus d'*1 *centimètre* sur les côtés.

Malheureusement, le mal peut descendre plus bas, on doit se contenter de grattages et d'évidements; aussi y a-t-il intérêt à opérer le plus près possible du début.

Sciage. Tout étant bien libéré, on masque le creux poplité au moyen d'une lame de cuivre plate, placée derrière le plateau tibial, perpendiculairement à l'axe de la jambe, puis on protège toutes les parties molles avec des compresses bouillies phéniquées et on saisit la scie. La section est faite lentement d'avant en arrière, en donnant de temps en temps de petits coups de scie sur les parties latérales, sans retirer la lame de la section osseuse; on arrive ainsi au creux poplité. Tout est bien essuyé avec une compresse phéniquée, une exploration minutieuse est faite et, si cela est reconnu nécessaire, on recoupe plus bas une nouvelle tranche osseuse à la scie.

A l'aide de la pince coupante de Nélaton, on aplanit bien la surface, en enlevant toutes les esquilles et les rugosités; puis on passe à l'extrémité fémorale après avoir recouvert le tibia avec une compresse. *La rotule est enlevée* avec le tendon rotulien; on fait relever fortement le lambeau et on décortique l'extrémité épiphysaire fémorale comme on a fait pour le tibia, remontant le plus haut possible chez l'adulte.

Pour l'enfant les limites qu'on ne doit pas dépasser au fémur sont, d'après Kœnig:

Fossette intercondylienne:	9 mm. à la naissance
	19 mm. à 11 ans
	20 mm. à 16 ans
Condyle externe:	12 mm. à la naissance
	21 mm. à 11 ans
	25 mm. à 16 ans
Condyle interne:	15 mm. à la naissance
	24 mm. à 11 ans
	20 mm. à 16 ans

En résumé, il ne faut pas dépasser 1/2 centimètre au milieu, 1 centim. en dehors, 1 cent. 1/2 en dedans, avant 11 ans; après 11 ans, il ne faut pas enlever plus de 2 centimètres au milieu, et en dehors, et 2 centim. 1/2 en dedans.

Le sciage s'effectue avec les mêmes précautions que pour le tibia, en respectant le creux poplité et en aplanissant bien la surface osseuse. Chez l'adulte, il ne faut pas craindre de recouper de nouvelles tranches osseuses, si l'os est malade.

Les deux extrémités osseuses sont alors appliquées l'une contre l'autre pour en vérifier la facile coaptation; puis la synoviale est disséquée, enlevée, grattée à la curette tranchante. On explore les culs-de-sac et on les extirpe autant que possible; la tête du péroné est examinée avec soin ainsi que son articulation; au fur et à mesure, on essuie avec une compresse phéniquée humide pour bien voir la couleur de chaque partie et s'assurer de son intégrité; cela vaut mieux que les éponges. S'il y avait des fistules cutanées, on se rend compte de leur trajet et on les supprime. Au moyen d'une petite éponge montée on badigeonne toutes les surfaces au chlorure de zinc au 10e, puis on procède à la coaptation des deux os.

Sutures osseuses. Avec le perforateur, on place 3 ou 4 points de suture au fil d'argent ou au gros catgut pour maintenir l'adhérence des deux extrémités osseuses, un des chefs dans le fémur, l'autre dans le tibia, on lave légèrement à l'eau phéniquée forte, puis on serre les fils en appliquant bien les deux os l'un contre l'autre dans la direction de l'axe du membre inférieur. Les parties molles sont bien épongées, et les tronçons vasculaires recherchés et pincés; on les lie immédiatement; la veine saphène est liée à ses deux extrémités; tout est lavé à l'eau phéniquée forte au 20e, puis rapproché en bloc; le ligament rotulien est suturé par 3 ou 4 points au catgut au lambeau du tendon rotulien, l'aponévrose est suturée par un plan profond, deux petits drains rigides sont placés sur les deux extrémités de la plaie, un en dedans, l'autre en dehors. La peau est suturée au crin de Florence, avec beaucoup de soin, fils profonds et fils superficiels de deux en deux. Bien des chirurgiens ont cru pouvoir supprimer le drainage, c'est selon nous fort imprudent; car dans toute opération osseuse avec attouchements au chlorure de zinc, il se fait une abondante production de sérosité, qui peut compromettre la solidité des sutures osseuses en distendant tout, s'il n'y a pas une petite soupape de sûreté. De plus, cette surdistension provoque de grosses douleurs chez le patient.

Quant à l'hémostase, elle nous paraît inutile en dehors de ce que nous avons signalé; on laisse la bande d'Esmarch jusqu'après le pansement, et la compression suffit pour arrêter l'écoulement sanguin.

Pansements. Sur la plaie on applique de la gaze iodoformée, des sachets de poudre antiseptique, un large imperméable mackintosh, puis une grande abondance d'ouate de tourbe; une bande serrée maintient le tout.

On prépare alors l'appareil plâtré, qui doit être épais (12 ou 14 épaisseurs) et très large pour envelopper tout le membre grossi du pansement.

Dans l'épaisseur des doubles de tarlatane on glisse une attelle postérieure en fil de fer, afin d'éviter toute flexion.

La gouttière bien plâtrée est appliquée sur le pied, la jambe et la moitié de la cuisse juste au-dessous du tube d'Esmarch. Le pied est maintenu à angle droit pendant le séchage du plâtre; deux petits volets sont taillés de chaque côté du genou, puis rabattus en place et maintenus avec des bandes. Quand l'appareil est sec, on place le malade dans son lit, le membre un peu élevé, au-dessus du plan du lit, et le tube d'Esmarch est lâché.

Les suites doivent être absolument apyrétiques et à peu près analgésiques. Toutefois, on observe quelquefois des douleurs pendant les 48 premières heures; si le thermomètre ne monte pas, il ne faut pas s'inquiéter.

Souvent le malade est placé dans une gouttière de Bonnet pour éviter toute possibilité de mouvements; les douleurs sont beaucoup diminuées par ce procédé.

Le 4e jour seulement on change le pansement pour la première fois.

Même si, dès le second jour on observait quelque tache sur le pansement, on n'hésiterait pas à le renouveler immédiatement.

Les volets de l'appareil plâtré sont écartés, on coupe les bandes, on retire l'ouate de tourbe en prenant les plus minutieuses précautions antiseptiques : les drains sont enlevés et immédiatement fermés par des lambeaux de gaze iodoformée. On refait le pansement, on garnit bien d'ouate de tourbe et on referme l'appareil plâtré.

Le 2e pansement est remis autant que possible à quinzaine. Les pansements les plus rares sont les meilleurs, car le point important est d'éviter de mobiliser le membre, afin de ne pas compromettre la solidité du cal. L'idéal à obtenir c'est un cal puissant entre le fémur et le tibia, une sorte de pilon naturel ; bien que le raccourcissement puisse avoir 4 centim., il n'entravera guère la marche.

Il arrive malheureusement quelquefois que la soudure osseuse ne se fasse pas et qu'il y ait pseudarthrose. D'autres fois le cal intermédiaire peut être cartilagineux, comme l'a observé Paschen chez un enfant de neuf ans à qui il dut amputer la cuisse 5 mois 1/2 après la résection.

Ces cas sont rares heureusement, s'il n'y a eu aucune complication.

Les pansements sont espacés de plus en plus ; puis, quand la cicatrisation est obtenue, on remplace la gouttière plâtrée par un appareil silicaté. L'époque de ce remplacement est variable, de un à deux mois.

Lorsque les patients ont marché longtemps avec cet appareil silicaté, on leur fait faire une genouillère en cuir moulé et lacé qu'on leur conseille de conserver le plus longtemps possible.

Le raccourcissement est variable de 2 à 4 centimètres ; pour le corriger, on peut faire porter une chaussure spéciale à talon et à semelle élevés.

II

PRONOSTIC.

Nous serons bref sur ce deuxième point ; le résultat local de la résection du genou est la production d'une ankylose solide et rectiligne. Dans une plaie bien aseptique la formation d'un bon cal a autant de chances chez un homme de quarante ans que chez un homme de vingt ans.

On peut donc opérer à tout âge, mais plutôt après 20 ans qu'avant, cela se conçoit.

Parfois le cal ne se forme pas du premier coup; mais, de ce qu'au bout de trois ou quatre mois un membre n'est pas solide, on ne peut pas conclure qu'il n'arrivera pas à une solidité parfaite. C'est une question de patience et d'appareils d'immobilisation. Il ne faut pas craindre de faire des appareils remontant très haut sur la cuisse et de les faire porter longtemps. Après quelques semaines, il se produit quelquefois d'énormes changements dans la solidité.

Il ne faut pas oublier que les chances favorables de la résection sont beaucoup plus complètes lorsqu'il n'y a pas eu de suppuration ouverte à l'extérieur. Dans ce cas, le chirurgien est à peu près certain d'éviter la suppuration de la plaie opératoire. Il peut encore réussir si des fistules existent. Mais, s'il y a des altérations très étendues de la peau, il vaut mieux s'abstenir.

Quelques conditions deviennent très pressantes en faveur de la résection :

1° Le développement excessif des fongosités. Il est évident dans certaines conditions que ce développement est tel, qu'il n'y a guère de réparation possible, et les menaces d'ulcération sont assez grandes pour qu'il y ait lieu de ne pas tarder ;

2° Un autre cas est peut-être plus pressant encore :

Certaines douleurs vives au genou et surtout à sa périphérie, certaines douleurs térébrantes, qui rendent impossible la marche avec un genou qui n'a pas encore très mauvaise apparence, annoncent presqu'à coup sûr des foyers de tuberculose osseuse ; les douleurs persistent malgré tout les traitements, les foyers s'étendent, provoquent la suppuration ou la formation de séquestres, des abcès périphériques et fistules. Dans ces cas, l'intervention par la résection est la méthode par excellence.

Il ne faut pas méconnaître que la réparation, plus ou moins spontanée, peut se faire dans des cas qui paraissaient bien compromis. Mais on ne doit pas s'exagérer cette heureuse chance qui demande quelquefois des soins et des douleurs de plusieurs années.

« En ce qui concerne la tuberculose générale, non seulement on n'a pas observé de généralisation secondaire, mais des malades atteints manifestement de tuberculose pulmonaire, ont pris aussitôt après l'opération une santé des plus satisfaisantes. Les accidents pulmonaires paraissent subir une accalmie complète ; l'état général s'améliore ; les malades engraissent. C'est là un fait beaucoup plus commun qu'on ne le pense après les opérations partielles pour lésions tuberculeuses, tout à fait en contradiction avec certaines théories et certaines statistiques. Même, par une coïncidence assez bizarre, à laquelle je n'attache pas plus d'importance qu'il ne faut, je n'ai jamais vu encore une opération partielle de résection suivie de généralisation à courte échéance, tandis que j'ai observé le fait après des opérations radicales complètes, après des amputations (1). »

La guérison est d'autant plus sûre qu'on a opéré antiseptiquement et largement.

Pour compléter la convalescence, un séjour au bord de la mer est d'une grande utilité.

Les résections du genou mal faites ou insuffisamment soignées entraînent deux complications graves, la *pseudarthrose* et *l'ankylose* en mauvaise position. La première nécessite une nouvelle résection et la seconde ne peut être corrigé que par une ostéotomie sus-condylienne.

Une 3e complication à peu près irrémédiable est *l'arrêt d'accroissement* du genou chez l'enfant, quand on a enlevé le cartilage de conjugaison : il faut alors faire porter un appareil ou même procéder à l'amputation du membre inutile et gênant.

Dr Paul HUGUENIN.

---

(1) Championnière. *Rev. de Chirurgie*, 1887.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Département de la Loire.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Cénas, 6, rue du Général Foy, Saint-Etienne, premier adhérent du département à l'Association, membre de la Société locale et du Concours.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Saint-Etienne.

M. le Dr Reynaud, 23, rue de Lyon, à Saint-Etienne.

Arrondissement de Roanne.

M. le Dr Laurent, à Roanne.

Arrondissement de Montbrison.

M. le Dr Perdu, à Montbrison.

Département des Landes.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Louis Sentex (Saint-Sever), secrétaire de la Société locale et membre du Concours.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Mont-de-Marsan.

M. le Dr Pailhès, de Mont-de-Marsan, membre de la Société locale.

Arrondissement de Saint-Sever.

M. le Dr Maderay, délégué à la Commission administrative de la Société locale (Saint-Sever).

Arrondissement de Dax.

M. le Dr Bourretère (Dax), membre du Concours et de la Société locale.

Réponses à quelques questions.

Afin de simplifier la tâche bien lourde de la correspondance, je demande la permission de répondre ici d'un seul coup à la plupart des questions qui sont adressées au Conseil d'Administration de l'Association amicale.

1. *Devons-nous choisir les correspondants exclusivement parmi les confrères adhérents à l'œuvre ?*
2. *Faut-il les prendre dans les chefs-lieux d'arrondissement seuls ?*
3. *Combien en demandez-vous par département ?*
4. *Devons-nous seulement vous indiquer les noms des confrères aptes à remplir cette mission ? Désirez-vous plutôt que nous nous assurions nous-mêmes leur concours ?*

Voilà ce qui nous est journellement demandé par ceux de nos confrères qui ont accepté les fonctions de *délégué départemental.*

Un seul mot résumerait bien notre réponse : *Faites pour le mieux.* Nous souhaitons en effet que chaque délégué prenne la plus grande initiative, qu'il soit libre dans toutes ses démarches en restant dans la limite des statuts, qu'il travaille le plus activement possible à la propagande, qu'il s'y fasse aider par autant de correspondants qu'il le jugera utile et choisis en toute liberté à cause de leur influence, de leur dévouement aux intérêts professionnels, de leur résidence, de leur activité, etc., etc... Les choix faits et l'acceptation obtenue, qu'on nous les fasse connaître : voilà tout ce que nous demandons.

S'embarrasser de règlements, établir des restrictions, créer des catégories ; ou bien d'autre part imposer, à ceux qui ont accepté la charge d'organiser un département, une ligne de conduite toujours et partout la même, ce serait nuire au développement de notre œuvre de mutualité amicale ; ce serait aussi heurter l'esprit d'indépendance du corps médical.

Tel n'est pas le désir du Conseil d'administration.

Le confrère malade n'ayant souvent d'autre médecin traitant que lui-même, qui contrôlera ses déclarations ?

Le Conseil a toujours pensé qu'il pourrait s'en rapporter dans ce cas au malade lui-même. Mais il trouverait plus correct dans une affaire d'argent, comme l'est après tout notre Association, que les déclarations de l'intéressé fussent visées par le correspondant le plus voisin, ou bien, en cas de difficulté, par un maire ou un juge de paix. On doit comprendre que nous cherchions toujours à couvrir, le plus possible, notre responsabilité en cette matière.

Pourquoi nous en tenir à la limite d'âge de 65 ans que tant de confrères voudraient voir reculer ?

Parce que les calculs qui sont la base de notre combinaison ont été faits sur cette donnée. Mais le Conseil en fait établir d'autres, en vue de donner satisfaction aux réclamants, dès que la situation le permettra, et les présentera à l'Assemblée générale.

Ce serait alors un autre système qui fonctionnerait à côté du premier, avec des primes différentes correspondant aux limites d'âge de 70, 75, 80 ans, etc... Les adhérents de la combinaison actuelle pourraient opter pour la nouvelle, moyennant un supplément de prime. Bref, la question est à l'étude, avec toutes les autres améliorations réalisables.

Le questionnaire d'examen, à l'admission, ne pourrait-il pas être réduit ?

C'est fait. Il est remplacé par une formule que voici :

Je soussigné, Docteur... après avoir pris connaissance des antécédents personnels et héréditaires et pratiqué l'examen des organes et des urines du postulant, estime qu'il y a lieu d'*ajourner* ou d'*admettre* sa proposition d'entrée dans l'Association amicale.

Le Secrétaire général,
Dr JEANNE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques.

Cette question de la déclaration des maladies épidémiques, si mal engagée, à notre avis, continue à défrayer la presse médicale.

Il nous paraît utile de montrer la question sous ses divers aspects. Aussi nous empressons-nous de reproduire la lettre que notre collabo-

rateur et ami, M. le Dr Gibert, du Havre, adresse à la *Normandie médicale* :

Mes chers Amis,

Je n'avais nulle intention de prendre actuellement la parole relativement à la mise à exécution de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892. Je voulais attendre que les événements eussent démontré l'erreur commise, mais votre article du 1er février, qui contient une critique un peu vive de la circulaire de M. Monod, m'oblige à rompre un silence qui pourrait être mal interprété, car tout le monde sait quels liens de vieille amitié m'attachent à M. Monod. J'ai l'habitude de dire les choses comme je les vois, et dans les circonstances actuelles il est peut-être encore temps de convaincre les membres du Comité de Direction de l'hygiène publique et le directeur lui-même qu'ils se sont engagés dans une mauvaise voie.

Et d'abord, comment cette grave question de la déclaration des maladies contagieuses a-t-elle été sortie de son cadre naturel, pour s'imposer au corps médical de la France entière, subitement, sans préparation aucune ?

Il faut retourner en arrière pour le comprendre. Dans la loi du 30 novembre 1892, qui règle l'exercice de la médecine, on a introduit l'article 15, qui rend la déclaration obligatoire. A-t-on bien fait ? à mon avis, mille fois oui. Oui, il était temps de rappeler aux médecins de notre pays que seuls ou à peu près seuls en Europe ils échappaient à ce devoir professionnel d'avertir l'autorité compétente de tous les cas de maladies contagieuses arrivés à leur connaissance. C'était une véritable trahison vis-à-vis du corps social, souvent un crime de lèse-humanité, que de compromettre par un silence, soi-disant nécessaire, la vie de centaines et quelquefois de milliers de personnes. Le secret professionnel invoqué ne pouvait l'être que par ceux qui mettaient leur intérêt personnel au-dessus de l'intérêt de tous.

L'article 15 était nécessaire. Nous le demandions, nous médecins occupés d'hygiène publique, depuis plus d'un demi-siècle ; par conséquent, la loi du 30 novembre 1892, en imposant l'obligation de la déclaration aux médecins, rendait un immense service à la santé publique.

Mais cet article 15, à lui seul, n'avait aucune valeur, aucune portée, s'il ne faisait pas partie d'une organisation complète de l'hygiène et de la santé publique.

Le cadre naturel de l'article 15, c'est la loi Langlet. Il fallait qu'il fût dans les deux lois, mais il ne pouvait et il ne peut avoir de sanction que lorsqu'il sera partie intégrante d'une organisation sanitaire s'étendant à toute la France.

Comment a-t-on pu, en haut lieu, ne pas voir l'erreur qu'on allait commettre, dont les conséquences peuvent être très graves ?

Voici comment les choses se sont passées :

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France avait nommé une Commission chargée d'étudier *le mode de déclaration des maladies contagieuses.*

Cette Commission était composée de MM. Brouardel, Bergeron, Bouffet, Buisson, Chatin, Gariel, Grancher, M. Monod, Regnauld, Deschamps, Moullé et le Dr A.-J. Martin, rapporteur.

Le rapport de M. Martin n'est pas destiné, je crois, à la publicité, mais son auteur en a donné la substance dans la *Gazette hebdomadaire* (n° de janvier).

Le rapporteur a soin d'écrire « que la prophylaxie de la maladie doit, en effet, suivre promptement la déclaration. A ce prix seulement elle sera acceptée par le corps médical. » On ne pouvait pas dire plus nettement qu'il valait mieux surseoir à l'exécution de l'article 15.

Comment se fait-il que la direction de l'hygiène publique (composée de 7 membres dont 3 médecins, MM. Brouardel, Proust et Chantemesse) ait envoyé aux Préfets une circulaire, si vertement critiquée par vous, bien différente du rapport lu au Comité supérieur ? Il est probable que le directeur de l'hygiène publique, M. Monod, a pensé qu'il était utile d'habituer les médecins à ce nouveau régime de la déclaration obligatoire pour que, de ce côté-là, les mesures fussent prêtes quand la loi Langlet serait votée définitivement. Il a calculé qu'il faudrait peut-être 2 ans, 3 ans, avant que cette loi fût votée, et d'ici là les médecins, les maires, les sous-préfets, les préfets eux-mêmes auraient pris l'habitude de faire entrer dans leur vie de tous les jours les préoccupations de la santé publique. Ce calcul me paraît le seul qui ait pu être fait ; mais il était mauvais, comme le prouve l'opposition si générale du corps médical.

Il n'est pas difficile, en effet, de montrer que l'article 15 expliqué, commenté par la circulaire, va au devant d'un échec certain, et dès lors la déclaration n'aboutissant à aucune solution pratique découragera le corps médical tout entier, au grand détriment du but qu'on se proposait.

Etudions le fonctionnement de l'article 15 dans les villes et les campagnes.

Dans les villes seules où existent des bureaux d'hygiène, la loi nouvelle sera d'un grand secours aux maires, qui ont pris à cœur les intérêts de l'hygiène publique.

En effet, dans ces villes une bonne partie des membres du corps médical ont pris l'habitude de la déclaration, et ils savent tout le bénéfice qu'on en tire. Ceux qui, de parti pris, ne voulaient pas faire de déclaration, y seront contraints au grand bénéfice des bureaux d'hygiène. Pour ces villes-là, et c'est bien quelque chose, la nouvelle loi sera utile.

Mais c'est en France le tout petit nombre.

Dans les villes où n'existe aucune administration sanitaire effective, munie d'un pouvoir d'initiative, où rien n'est prévu au budget pour faire face aux nécessités si coûteuses de l'hygiène publique, la loi nouvelle n'aura pas de sanction.

Dans les campagnes la loi ne peut produire et ne produira aucun résultat. Se représente-t-on exactement à la direction supérieure comment les choses se passeront ? J'en doute beaucoup. Quelques exemples pris sur le vif suffiront à ma démonstration.

Mon ami le Dr X..., mettons de Criquetot-l'Esneval, avise le maire et le sous-préfet qu'une épidémie de scarlatine compliquée d'angines diphthériques a éclaté dans la commune de X... (je pourrais mettre des noms partout, car c'est l'histoire d'hier).

Le sous-préfet, d'après les conseils de la circulaire, prévient le médecin des épidémies, — celui-ci part du Havre pour Criquetot. — En arrivant il demande son confrère qui est présent, je suppose, (il pourrait être absent pour la journée entière et alors le voyage du médecin des épidémies serait sans objet). Il conduit son confrère voir quelques malades. L'école a déjà été fermée sur les conseils du médecin de Criquetot. — C'est tout ce qu'il a pu faire.

Quant à la propagation de l'épidémie de scarlatine et d'angines, qui file tout le long de la côte jusqu'auprès du Havre, qu'est-ce qu'on peut faire ? — Isoler les malades ? — et comment ? et où les mettre ? — Désinfecter les logements ? avec quoi ? avec qui ? Le médecin ? mais il a autre chose à faire que de faire de l'hygiène publique. Les gardes-champêtres ? Qui leur a appris à manier les agents de désinfection ? — Pas un appareil n'existe, pas plus au chef-lieu d'arrondissement, le Havre, qu'au chef-lieu du département. Et si les appareils existaient, qui les manœuvrerait ?

Après avoir constaté l'état des choses, le médecin des épidémies fait son rapport au sous-préfet et conclut qu'il n'y a rien à faire parce qu'il n'y a rien de préparé.

Je sais bien qu'en temps de choléra les choses se passent autrement. Le choléra fait peur à tout

le monde, et a l'avantage, *unus inter pares*, d'ouvrir les caisses du trésor public. L'argent abonde, le Parlement s'en mêle et la Direction supérieure envoie ses *missi dominici* munis d'appareils, de pleins pouvoirs et de beaucoup d'argent.

En réalité, le choléra fait peu de victimes. Mais la fièvre typhoïde, mais la dipthérie, mais l'entérite infantile, mais la scarlatine, n'ont pas le don d'émouvoir les pouvoirs publics. Les caisses sont fermées, et les épidémies se promènent tout à leur aise, sans que les médecins puissent rien y changer.

J'ai parlé du Médecin des épidémies. — Quand on lit avec soin la circulaire de M. Monod, on voit qu'au fond c'est lui qui, dans sa pensée, est le pivot de l'organisation nouvelle. Eh bien ! il est temps de faire la lumière à son sujet.

Qu'est-ce qu'un médecin des épidémies? Cherchez où vous voudrez, vous ne trouverez nulle part la définition de ce qu'il est, de ses attributions. — C'est un fonctionnaire, mais d'un genre bien spécial. C'est un fonctionnaire qui n'est pas payé. Il est astreint cependant à obéir à toute réquisition de l'autorité administrative et quand il a passé beaucoup de temps à remplir sa mission, pour se faire payer il est obligé d'établir pour chaque dérangement un compte spécial.— Pour ce qui me concerne, je n'en ai jamais fait; mais du moment où l'article 15 devient une loi, un médecin des épidémies aura pour devoir strict, par respect pour sa profession, de demander la rémunération de ses peines et de son temps. Or, voulez-vous savoir ce que coûterait à l'administration un médecin des épidémies ayant un vaste arrondissement dans son ressort ? — C'est véritablement effrayant, et par ce côté-là encore la circulaire n'a pas prévu les obstacles insurmontables qu'elle rencontrerait. Supposons qu'il s'agisse du cas cité plus haut. J'ai été à Criquetot-l'Esneval.

Je suis parti à midi (j'ai par conséquent perdu le bénéfice de ma consultation). Je suis arrivé à 2 h. 1/4. — J'ai pris 2 ou 3 heures à faire mon enquête — je suis rentré chez moi vers 8 heures. La voiture m'a coûté 35 francs — et mon temps et ma peine ?. En comptant pour le service de l'État la moitié de ce qu'un client me paie, je présenterai la note suivante:

Voiture	35 fr.
Honoraires	100 fr.
	135 fr.

et je n'ajouterai rien pour la rédaction du rapport.

Si le lendemain, on me fait aller à Yport pour une épidémie de fièvre typhoïde qui y a éclaté, alors c'est une journée entière de perdue, et les honoraires seront en conséquence.

On voit d'ici ce que l'absence absolue de tout salaire de ce singulier fonctionnaire, qui n'est pas payé, coûterait au Département ou à l'Etat. Dans l'espace de quelques semaines le Préfet trouverait de pareils comptes fort onéreux, et serait contraint de proposer au ministre une rétribution fi — Mais alors tout change. Si les médecins des épidémies deviennent des médecins sanitaires, à salaire fixe, c'est une carrière nouvelle créée, qui est légitime, que j'appelle de tous mes vœux, mais qui n'existe pas pour le moment et que la circulaire de M. Monod n'a pas prévu.

Mais il y a plus; ce singulier fonctionnaire, qui est l'homme compétent, qui seul peut donner des directions sûres, aux maires, au Sous-Préfet, au Préfet, quel pouvoir a-t-il ? Aucun. Ses avis peuvent être non suivis, non exécutés, supprimés, sans que cela tire à conséquence. Il a un rôle purement consultatif, comme les Conseils d'hygiène. Il n'a aucun droit légal ; il ne peut rien commander, ni au Maire, ni au Sous-Préfet, ni au Préfet. En voici un exemple des plus authentiques et qui mérite d'être rappelé :

Il y a tantôt 10 ans, le choléra apporté par des matelots venant de Cette, éclatait à Yport.

M. le Préfet Hendlé et moi arrivâmes, lorsque le septième cas donnait le septième decès.

Il s'agissait de circonscrire le mal et les premières mesures organisèrent fortement la défense.

Il vint un jour où le fléau, quittant son foyer primitif, envahit la grande rue d'Yport. On pouvait craindre que la Seine-Inférieure ne fut prise tout entière. Cela devenait sérieux. Je proposai une série de mesures draconiennes, je l'avoue, qui eurent la chance d'être approuvées par mon chef hiérarchique, le Dr Proust, directeur de la santé au ministère du commerce, par le Ministre du commerce, et par surcroît de précaution, et sur ma demande, par le Ministre de l'intérieur. — Il s'agissait de créer une ambulance en réquisitionnant le Casino — de faire prendre un arrêté au maire pour forcer les malades à aller à l'ambulance et à quitter leurs demeures ; bref il s'agissait tout simplement de violer le droit de propriété et la liberté individuelle.— J'avais pour moi, mon chef et deux ministres. — Mon enthousiasme pour ce pouvoir éphémère qui m'était attribué, fut refroidi par une dépêche du préfet, M. Hendlé, qui me priait de ne rien faire avant son arrivée.

Le préfet vint et malgré M. Proust, malgré le contre-seing des deux ministres, se refusa absolument à entrer dans une pareille voie. Je ne voyais que les intérêts de la santé publique. — Le préfet, en bon administrateur, voyait clairement que les belles mesures que je voulais prendre allaient coûter peut-être 200.000 francs au Département, et franchement, il ne pouvait pas contresigner une pareille dépense.

Je ne cite ce fait que pour montrer combien les attributions du médecin des épidémies sont flottantes et livrées en réalité au hasard des circonstances et des hommes. Tels sous-préfets et préfets soucieux de la santé publique écouteront le médecin des épidémies, tels autres n'y feront aucune attention.

La circulaire a parlé des pays voisins et en particulier de la Suisse ; mais là tout est prévu. Il n'y a pas un village, vous entendez, pas un, où les autorités ne sachent ce qu'elles ont à faire en cas d'épidémie. L'isolement des malades, la désinfection, les personnes chargées de s'en occuper, tout est prévu et réglé d'avance. Qu'on en fasse autant en France et alors la déclaration des maladies épidémiques aura une sanction, et nous ferons chaque année une grande économie de vies humaines.

En résumé, je dis que la déclaration vient trop tôt — et quand elle viendra, il faudra s'entendre avec tout le corps médical. Les associations syndicales médicales existent partout, et c'est avec elles que les préfets pourront organiser l'hygiène publique, comme également l'assistance publique gratuite dans les campagnes.

Quant à la double déclaration, elle est bien inutile — une seule au maire suffit, si celui-ci, ce qui va de soi, est tenu de la transmettre au sous-préfet.

Quant à la signature, elle doit être donnée par chaque médecin. — Tout autre procédé complique sans raison, un rouage qui doit rester très simple.

Il m'est impossible de terminer sans dire qu'évidemment, les intentions de M. le Directeur ont été excellentes, et il n'a pas écrit sa circulaire, sans la faire approuver par les médecins du Comité de Direction.

Il y a d'ailleurs à ajouter qu'au point de vue seul de la statistique démographique, la déclaration des maladies épidémiques, si elle ne reste pas enfouie dans les mairies, a une grande importance, mais une importance secondaire.

Voilà, mes chers amis, ce que j'avais à dire sur un sujet qui passionne le corps médical. Il faut l'organisation complète de l'hygiène publique. Tout l'effort des médecins doit se porter vers le but à atteindre. Notre natalité française est misérable. Il faut que nous fassions rapidement descendre la courbe de notre mortalité. C'est un devoir patriotique, qui domine toutes les autres considérations.

Dr Gibert.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des médecins de la Sarthe.

Le 17 novembre 1892, une commission d'initiative, dans laquelle figuraient MM. Mascarel, *de Brulon* et Ledrain, *de Loué*, convoquait en réunion constitutive les médecins du Département de la Sarthe.

Etaient présents : MM. Bolognési, Delagenière, Ripeault, Vincent, Lecourt, Ledrain, Mascarel, Moreau.

Excusés : MM. Garnier, Mélisson, Andrieu, Busson, Dufossé, Hyttier, Leullieux, Peltier, Rondelon.

Trente-deux confrères ayant envoyé leur adhésion, les membres présents, à l'unanimité, votent le principe de la constitution du syndicat départemental des médecins de la Sarthe.

Un bureau provisoire est constitué et chargé de présenter à une séance ultérieure un projet de statuts.

Président : M. Garnier.
Vice-président : M. Mascarel.
Secrétaire : M. Ledrain.

Assemblée générale du 25 mai 1893.

Présents : MM. Boeteau, Bolognési, Bourdy, Garnier, Ledrain, Manceau, Mascarel, Mélisson, Moreau, de Paoli, Peltier, Persy, Vincent.

Excusé : M. Busson.

Deux nouvelles adhésions sont enregistrées, celles de MM. Delaborie et Horeau.

Les statuts sont ensuite discutés et votés.

Il est enfin procédé au scrutin pour l'élection des membres du Bureau définitif.

Sont élus :
Président : M. le Dr de Paoli, *de Mamers.*
Vice-Président : M. le Dr Mélisson, *du Mans.*
Secrétaire-Trésorier : M. le Dr Ledrain, *de Loué.*
Syndics : MM. les Drs Bolognési et Vincent, *du Mans.*

Membres du Syndicat.

MM. Boeteau, Bolognési, Bourdy, Delagenière, Fouchard, Garnier, Hervé, Mélisson, Persy, Ripeault, Vincent, *du Mans ;* Blondeau, Godard, de Paoli, *de Mamers ;* Bidon, Dufossé, Moreau, Rondelon, *de Sablé ;* Mauvais, Tuvache, *de la Flèche ;* Choisset, Ledrain, *de Loué ;* Peltier, Rameau, Rondeau, *d'Ecommoy ;* Andrieu, *de Tuffé ;* Breteau, Obet, *de Bouloire ;* Bruveau, *de René ;* Busson *de Conerré ;* Candé, *du Lude ;* Chevallier, *de Marolles ;* Clausse, *de Parigné ;* Codet, *de Coulans ;* Coupé, *de la Ferté ;* Drouin, *de Beaumont ;* Guignard, *de Mayet ;* Horeau, *de Fresnay :* Hyttier, *de Bessé ;* de Laborie, *de Foulletourte ;* Leuillieux, *de Conlie ;* Luria, *de Vibraye ;* Manceau, *de Chateau-du-Loir ;* Mascarel, *de Brulon ;* Michel, *de Courdemanche ;* Roger, *de Noyen ;* Salomon, *de Savigné ;* Thalinger, *de Bonnétable ;* Touchard, *de Sillé ;* Villiers, *de Précigné.*

REPORTAGE MÉDICAL

L'Assemblée générale de l'*Association médicale mutuelle* du département de la Seine se tiendra dimanche, 11 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, à 2 heures et demie très précises.

— Nous sommes informés que les carnets relatifs à la déclaration des maladies épidémiques seront incessamment remis au domicile de chaque médecin.

Dans le ressort de la préfecture de police, la déclaration sera faite seulement au préfet de police, au lieu d'être adressée aux maires, ainsi que l'indiquait la circulaire ministérielle.

— Il y a, à ce jour, 380 congressistes français inscrits pour le voyage de Rome et pour les excursions diverses, mises à leur disposition, par les soins du secrétaire général du Comité Français, Dr Baudoin.

— L'Académie de médecine a procédé mardi 6 mars à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements en remplacement de M. de Villiers, décédé.

C'est *M. Porak*, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, qui a été élu.

— Nous apprenons la mort de M. le Dr *Revillout,* ancien rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux.*

— *La Société médicale de Boulogne-sur-Mer* a pris l'initiative de réunir, du 25 au 29 juillet prochain, un *congrès international de Bains de mer et d'hydrothérapie marine,* sous les auspices du professeur *Verneuil*, et du Dr Bergeron, Président de l'œuvre des Hôpitaux marins, qui ont bien voulu en accepter la présidence d'honneur.

Ce congrès, qui promet d'être des plus instructifs et des plus brillants, si nous en jugeons par les adhésions nombreuses venues spontanément des médecins les plus en vue de France, d'Angleterre, de Belgique et de Suisse, viendra compléter d'une manière utile, la croisade entreprise par les travailleurs de tous les pays contre la tuberculose.

Toutes les questions d'hygiène et de thérapeutique marines y seront traitées. Personne n'ignore le rôle curatif et reconstituant que la mer exerce sur les constitutions débilitées en péril de tuberculose ou en proie à ses multiples manifestations ; l'action toute puissante que le climat marin possède dans les convalescences difficiles ; son rôle salutaire pour préparer les grandes opérations chirurgicales et pour en assurer la guérison. Aussi sommes-nous persuadés qu'une grande somme de travaux utiles résultera de ce congrès et qu'en mettant en lumière les vertus curatives de la mer, la Société médicale de Boulogne-sur-Mer aura rendu service aux praticiens et aux malades de tous les pays.

Boulogne-sur-Mer est une des plus agréables stations balnéaires du littoral de la Manche tout près de Paris, à deux pas de Bruxelles, à la porte de l'Angleterre. Elle est on ne peut mieux située pour une réunion internationale et possède toutes les ressources nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise.

On vient d'y achever la construction et l'aménagement d'un établissement hydrothérapique placé au bord même de la mer, conçu avec beaucoup d'intelligence et réunissant tous les perfectionnements les plus récents.

Pour rehausser l'attrait de ce Congrès, nos confrères Boulonnais ont eu l'heureuse idée d'y adjoindre une *exposition internationale* comprenant les objets utiles aux bains de mer et à l'hydrothérapie marine, et en même temps tous les produits de la mer se rapportant à l'hygiène ou à la thérapeutique.

Ajoutez à cela que les fêtes déjà si nombreuses à Boulogne pendant la saison s'annoncent comme devant être particulièrement brillantes, en raison de la circonstance, et vous aurez réuni toutes les conditions d'un succès certain.

Adresser les adhésions au secrétaire général, M. Jomin, rue Thiers, Boulogne.

— *Les remèdes qui guérissent* (cures rationnelles des maladies), par le docteur E. Monin, secrétaire général de la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique. — Prix : 4 francs. On peut se procurer l'ouvrage à la librairie d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le nouveau volume du docteur Monin est l'inventaire raisonné des ressources curatives les plus certaines de la médecine moderne. L'auteur n'aborde que rarement, dans son livre, les stériles discussions doctrinales : il cherche, au contraire, à concilier toujours, dans ce qu'ils ont de bon pour le malade, la tradition et le progrès. Au milieu des aberrations scientifiques des laboratoires, il se dit l'esclave de cette seule définition de la médecine : l'art de guérir !

Les Remèdes qui guérissent sont d'une lecture facile et agréable : on dirait que plus les difficultés de ses sujets augmentent, plus la puissance littéraire du vulgarisateur tend à se faire jour ! Le livre d'aujourd'hui est un nouveau succès pour l'auteur de tant de livres remarqués...

— M. Pasteur a reçu le 4 mars à onze heures, à l'institut Pasteur, les membres du congrès sanitaire international.

Le maître de la bactériologie française était entouré de ses principaux collaborateurs ; MM. les docteurs Chantemesse, Roux, Metschnikof, etc., etc.

Après la présentation individuelle de chaque délégué faite par M. Brouardel, M. Pasteur a souhaité cordialement la bienvenue aux membres du congrès.

Les délégués ont ensuite visité l'institut et ont assisté à une conférence clinique qui leur a été faite par M. Chantemesse.

— Sait-on quels ont été les honoraires du célèbre professeur Zacharine qui fut mandé de Moscou pour soigner le Tsar pendant sa dernière maladie ? Soixante mille roubles en or et le grand-cordon de l'ordre de Saint-Vladimir.

Le docteur Zacharine n'est resté que quelques jours seulement à Saint-Pétersbourg. Aussitôt qu'il a vu que son auguste malade était hors de danger, il se hâta de retourner à Moscou.

En dehors de cette libéralité vraiment impériale, le professeur Zacharine a eu la satisfaction de voir tous les journaux russes le porter aux nues.

— *Secret médical.* — A Anvers, dans une enquête de divorce, le Dr Leroy fut sommé de déclarer si réellement, comme le prétendait un des avocats, l'une des parties avait contracté la syphilis. Sur son refus de répondre, le tribunal le délivra du secret professionnel. M. Leroy persista à refuser de faire connaître ce qu'il avait observé et fut condamné à 100 fr. d'amende, les frais et un mois de prison. — Appel a été interjeté de cet étrange arrêt.

— *Vin et alcool.* — Un hectolitre de vin du midi, coûtant 12 fr. est grevé à Paris d'un droit d'octroi de 19 fr. La ville retire, ainsi, des boissons hygiéniques, des millions qu'elle emploie à élever des édifices pour soigner les gens qui ne pouvant boire du vin, boivent de l'alcool, encombrent les hôpitaux, engendrent des épileptiques. Jolie série, joli système. Voilà les réformes qu'on laisse en perspective, sans jamais les résoudre et on s'étonne de la dépopulation !

— *Le pont sur la Manche* est détrôné par le projet de tubes immergés dans les profondeurs de la Manche, qui varient de 25 à 55 mètres. Les tubes seraient doubles, en tôle d'acier à double paroi, et feraient deux tunnels d'aller et de retour. L'aération se produirait par le passage des trains. Les tubes coûteraient moitié moins que le pont : 375 millions.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3877.— M. le docteur Gaudez, de Bologne (Haute-Marne), membre de l'Association des médecins de la Haute-Marne.

N° 3878. — M. le Dr Coyrard, de Matha (Charente-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Charente-Inférieure.

N° 3879.— M. le docteur Ricateau, de Crest (Drôme), membre de l'Association des médecins de l'Ardèche et Drôme.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr D'Hubert, de Tlemcem (Algérie), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

Les excentriques ou déséquilibrés du cerveau, par le Dr Moreau de Tours, vingtième volume de la petite Encyclopédie médicale, collection in-18 raisin, cartonnée à l'anglaise, 3 fr.

Les *Excentriques*, véritables déséquilibrés du cerveau, forment une classe de gens plus nombreuse que l'on ne saurait croire. Nous les coudoyons tous les jours, mais comme on fait peu d'attention à un fait isolé, on ne s'en préoccupe pas davantage. Le Dr Moreau de Tours vient de faire paraître un travail des plus curieux sur ces individus. Après avoir décrit le caractère psychologique de l'excentrique, il nous montre par des faits nombreux que l'excentricité suit une progression sans cesse croissante, chacun cherchant à faire mieux que son devancier. D'un point de départ simple, logique même, on arrive par une filière insensible à ces actes véritablement stupéfiants et qui semblent sortis du cerveau d'un romancier fécond. Cependant, ce travail contient un enseignement : il nous explique ce qui se passe, en partie, dans les temps de trouble et de révolution et le rôle capital que joue alors l'imitation. Inoffensifs en temps ordinaire, les déséquilibrés du cerveau deviennent, au moment des révolutions et des émeutes, des instruments inconscients, mais redoutables, entre les mains de ces hommes que l'on trouve toujours à la tête des mouvements populaires. En résumé, les *Excentriques* forment une histoire non moins instructive qu'amusante et qui peut être lue par *tout le monde*.

Envoi franco contre un mandat de 3 fr. adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Bibliothèque générale de physiologie.

Laurent (Le Dr Emile). — **Le Nicotinisme**, étude de psychologie pathologique avec dix portraits hors texte. Prix : 3 fr. 50.

Martin (Le Dr Emile), ex-médecin-major à l'École polytechnique et à la légation de France à Pékin, lauréat de l'École de médecine. — **L'Opium**, ses abus, mangeurs et fumeurs d'opium, morphinomanes. Prix : 3 fr. 50.

Un petit livre plein de considérations intéressantes sur l'*Opium et ses abus* est celui du docteur E. Martin, qui emprunte à la science d'observation ses plus sérieux documents, à l'économie sociale ses vues les plus larges, et à la médecine ses moyens de guérison les mieux avérés. La morphinomanie, l'opiophagie et le mode fumigatoire sont étudiés comme les trois modes d'une passion qui sévit en Europe sous la première forme, et sous les deux autres en Orient, et conduit inévitablement ses victimes de la sujétion la plus tyrannique, à la désorganisation et à la déchéance morale, quelquefois jusqu'au crime, et au crime plus ou moins responsable ; d'où les dangers que court la société du fait de semblables passions. Honoré d'une souscription de M. le Ministre de l'Instruction publique.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année — N° 11 — 17 Mars 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'assistance médicale dans les campagnes.

Un grand nombre de confrères m'ont fait l'honneur de me demander des conseils, au sujet de l'organisation du service de l'assistance médicale, reconnaissant ainsi que je pouvais avoir quelque compétence en la question.

C'est en raison de cette compétence, que je veux les prémunir contre un danger réel, que beaucoup ne paraissent pas prévoir et au devant duquel ils vont d'eux-mêmes délibérément. Je veux parler de la *limitation des crédits* affectés à ce service d'assistance.

Une somme annuelle de 60,000 francs, par exemple, sera votée par les pouvoirs compétents pour un département, et en aucun cas les dépenses ne pourront excéder cette somme. Si les mémoires produits forment un total de 65,000 francs, chaque mémoire subira une réduction d'un douzième. C'est bien là le système de la limitation.

A aucun prix, le corps médical ne doit accepter une mesure semblable.

D'abord, il n'y a aucune raison, d'ordre administratif, qui fasse taxer ainsi le service d'assistance, et tous ceux qui font partie des conseils électifs, ceux qui suivent attentivement leurs travaux savent que, tous les ans, le vote du budget rectificatif redresse, pour une foule de chapitres, les erreurs d'appréciations, qui ont pu être commises lors de l'établissement du budget primitif de l'année.

Je ne vois donc pas pourquoi le budget du service de l'assistance, serait traité autrement que le budget des autres services.

Ensuite, il faut prévoir que des circonstances spéciales, des épidémies, peuvent venir tout d'un coup augmenter d'une manière extraordinaire l'activité de ce service, que le nombre normal des malades peut, à un moment donné, être décuplé, que les maladies peuvent affecter un caractère de gravité particulière, que leur durée peut être sensiblement prolongée... etc... Or la limitation des crédits écarte, de prime abord, ces éventualités. On dépensera 60,000 francs, chiffre toujours assez arbitrairement fixé, et, quoi qu'il arrive, on n'ira pas au delà : plus les malades seront nombreux, plus les maladies seront longues et graves, plus les mémoires seront réduits.

Mais ce sont là, dira-t-on, des faits exceptionnels, pour lesquels des mesures exceptionnelles pourraient être prises ; aussi je n'insisterai point : c'est dans le fonctionnement normal et régulier du service que je prendrai des arguments, pour démontrer l'iniquité, le caractère immoral et vexatoire de la mesure que je combats.

L'expérience m'a montré que les dépenses pharmaceutiques allaient toujours en augmentant, parce que le nombre des ordonnances augmente d'une manière régulière et aussi parce que le prix moyen de l'ordonnance suit la même marche ascendante.

A mesure que le service d'assistance entre dans les habitudes, les indigents qui d'abord ne viennent que timidement consulter le médecin, qui ne l'appellent que dans les cas graves, s'enhardissent et, puisque le service médical ne leur coûte rien, en usent largement. Je pourrais citer des chroniques qui, depuis des années, viennent régulièrement, toutes les semaines ou tous les quinze jours, chercher leur petite provision de médicaments ; — rien ne les rebute, et le médecin ne peut s'en débarrasser qu'en délivrant l'ordonnance.

Pour être dérangé moins souvent, le médecin peut être tenté d'augmenter la dose, mais alors

un nouveau fait se produit : une partie des médicaments est gaspillée.

Enfin, il faut bien le dire aussi, le médecin a trop de tendance à oublier les mesures de stricte économie qu'édicte forcément le règlement du service : il ordonne des préparations plus agréables, plus luxueuses, ou bien il essaie des remèdes nouveaux, etc., etc...

Toutes raisons qui, je l'ai dit, concourent au même but fatal, l'augmentation progressive des dépenses pharmaceutiques. On peut affirmer que le chiffre de ces dépenses fixé, par exemple, à 15,000 francs au début, atteindra peu à peu 18,000 francs, 20,000 fr. et plus.

C'est du fait de cette augmentation, que le budget de l'assistance se trouvera en déficit.

Et pour couvrir ce déficit, on réduira les mémoires présentés.

Il arrivera rapidement (on a l'exemple de la Loire-Inférieure) que les pharmaciens protesteront contre la réduction ; ils exposeront qu'ils ne sont pour rien dans l'augmentation des dépenses, qu'ils fournissent, comme c'est leur devoir, les médicaments portés sur les ordonnances, qu'ils ne peuvent donc être tenus pour responsables d'un fait auquel ils demeurent moralement étrangers. Ils ajouteront qu'ils fournissent des marchandises ayant une valeur vénale, qu'ils les facturent au prix accepté d'avance par l'administration et que, par conséquent, ils ne peuvent accepter une réduction arbitraire. Et comme ils auront absolument raison, force sera bien de le reconnaître et de décider que la réduction n'atteindra pas leurs mémoires.

Cette réduction portera donc, uniquement, sur les mémoires présentés par les médecins et les atteindra d'une manière plus sensible.

On pourra voir alors les réductions d'autant plus fortes, pour chaque médecin, que son service aura été plus chargé, et les médecins, consciencieux observateurs du règlement, payer pour des collègues qu'aucune objurgation ne peut toucher. N'est-ce pas une solution immorale autant qu'injuste ? Car, enfin, si la faute (autant que faute il peut y avoir) incombe au corps médical en son ensemble, c'est chaque médecin en particulier qui en subira les conséquences, et on ne peut nier que beaucoup d'innocents paieront pour un petit nombre de coupables.

N'y a-t-il donc aucun moyen de tenir compte des sollicitudes budgétaires des Préfets et des Conseils généraux, de calmer leurs craintes justifiées de voir les dépenses augmenter au delà de toute prévision ?

C'est dans un autre ordre d'idées qu'il faut chercher la solution.

Le tarif doit contenir tout le nécessaire, mais rien que le nécessaire, et proscrire absolument tout ce qui est luxe et fantaisie. Il doit déterminer les quantités maxima que les ordonnances ne doivent, en aucun cas, dépasser. Il doit enfin, sans rien préjuger des cas exceptionnels et urgents, où le médecin croit devoir passer outre, en justifiant sa détermination, prévoir certaines formules générales.

Je m'explique en prenant des exemples :

Les spécialités, les vins ou élixirs composés, seront proscrits ; les sirops ne seront jamais donnés comme édulcorants de tisanes, ils ne seront jamais délivrés en quantité supérieure à un demi-litre; les potions qui comporteront des sirops auront, pour véhicule, seulement l'eau distillée, tandis que les juleps comporteront l'addition de teintures ou d'extraits au lieu de sirops, etc..., etc...

On réduira de ce fait d'une manière notable le prix de l'ordonnance, et, si l'augmentation des dépenses pharmaceutiques n'est pas supprimée, elle sera du moins sérieusement enrayée — car les pharmaciens seront prévenus que s'ils enfreignent ces restrictions, ils ne seront pas payés.

Mais alors le pharmacien aura donc un certain contrôle de l'ordonnance ? — Oui, certainement ; et personne, qu'on le croie bien, n'aura à en souffrir.

La prescription porte un litre par erreur ; le pharmacien délivrera seulement un demi-litre, en avertissant le malade que le règlement défend de donner plus, d'une seule fois.

La prescription porte une spécialité ; le pharmacien refusera de la délivrer en exhibant le règlement et rappellera au médecin l'interdiction qu'il aura oubliée.

La prescription porte, avec des sirops divers le julep gommeux comme véhicule ; le pharmacien mettra les sirops et remplacera le julep par l'eau distillée.

Quel mal y aura-t-il à tout cela ? Et quel praticien ne préférera pas ces légères modifications de son ordonnance, à la réduction souvent considérable que subiraient ses honoraires en fin d'année ?

Car, avec ce système, les crédits ne seront jamais de beaucoup dépassés et il n'y aura lieu de prévoir de réductions d'honoraires pour personne.

C'est ce système qui fonctionne dans le Loiret depuis nombre d'années ; c'est celui que le syndicat, qui compte plus des trois quarts des praticiens, a récemment encore unanimement approuvé, et qui, nous l'espérons bien, restera dans la réglementation nouvelle. C'est celui que je n'hésite pas à recommander à mes confrères.

Le service médical est une chose ; la fourniture des médicaments en est une autre, et il est inadmissible que ces deux choses différentes viennent se confondre pour nuire au bon fonctionnement de la première. Car il arriverait forcément que les médecins consciencieux, voyant réduits leurs honoraires d'une manière tout à fait inique, se départiraient peu à peu de leur rigueur, oublieraient les règlements et négligeraient leurs services.

Est-ce donc à un tel résultat qu'il faut aboutir ?

Dr A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'asthme.

D'après l'*Union médicale*, voici une méthode thérapeutique à retenir contre l'asthme :

1° *Traitement de l'accès.*

Dès le début, essayer de faire avorter l'accès par des badigeonnages des fosses nasales avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..	1 gramme
Eau......................	20 —

On doit employer un pinceau fin et il faut aller aussi profondément que possible, ce que seul le médecin peut faire. De plus, il peut se produire des phénomènes d'intoxication.

L'accès est déclaré ; alors le traitement classique consiste surtout dans les fumigations avec les feuilles sèches de solanées vireuses qui forment la base des cigarettes Espic et Levasseur. On peut aussi, à l'exemple de M. Dieulafoy, faire fumer une grosse pipe bourrée avec des couches alternatives de datura et de papier nitré. Les malades doivent toujours respirer longuement la fumée. Comme adjuvants : bains de pieds chauds, sinapismes.

Dans les cas simples, ce traitement suffit ; si la suffocation est considérable, une injection de morphine en vient rapidement à bout. Malheureusement, si les accès sont fréquents, il faut rapidement augmenter les doses et le morphinisme se produit.

Da Costa conseille l'usage de la potion suivante :

Chloroforme.....................	4 grammes
Teinture de cardamome composée	30 —
Sirop d'acacia....................	4 —
Ether simple..........	45 —

Prendre une cuillerée toutes les demi-heures jusqu'à soulagement.

Huchard a obtenu de bons effets de l'emploi de la Grindelia robusta ; au début d'une crise d'asthme on devrait donner 100, 150 et même 200 gouttes par jour ; la crise s'atténuerait et disparaîtrait rapidement.

Les inhalations de pyridine, les injections sous-cutanées d'antipyrine ou son administration à l'intérieur, les injections de cocaïne, de pilocarpine, les inhalations d'éther ont été aussi conseillées ; ce sont des moyens habituellement peu actifs, mais ils permettent de varier la médication dans les cas rebelles et parfois on aura avec l'un ou l'autre un succès inattendu.

2° *Traitement de la période d'accès.*

Les accès surviennent souvent par séries. On s'adressera alors aux expectorants et à l'iodure de potassium.

Acétate d'ammoniaque...	10 à 20 grammes
Liqueur d'Hoffman......	5 grammes
Sirop de sucre..........	50 —
Hydrolat de cannelle....	100 —

Une cuillerée à bouche d'heure en heure (Lemoine).

En même temps, donner l'iodure de potassium. Si le malade n'est pas habitué, débuter par 0,25 centigrammes pour aller jusqu'à 2 grammes ; débuter par cette dose si le médicament a déjà été administré à diverses reprises.

3° *Dans l'intervalle des accès.*

L'iodure de potassium est le grand médicament. On doit l'employer méthodiquement pendant des années.

On donnera un à deux grammes par jour, en suspendant de temps à autre et en ajoutant de l'extrait de belladone, en cas d'intolérance gastrique et de l'extrait d'opium en cas de diarrhée. L'arsenic est aussi très employé.

Pratique de Lemoine : Pendant 20 jours par mois, prendre le matin 1 gramme à 1 gr. 1/2 d'iodure de potassium dans un peu de lait au premier repas et au déjeuner 5 gouttes de liqueur de Fowler. Pendant les 10 autres jours du mois, remplacer cette médication par une eau alcaline. Suivre ce traitement pendant plusieurs mois consécutifs en modifiant les doses suivant l'état du malade.

Pratique de Dieulafoy : 1° Prendre chaque matin une demi-pilule, puis une pilule de la préparation suivante :

Feuilles de belladone pulvérisées } Extrait de belladone............ }	ââ 0,20 cent.

F. S. A. 20 pilules.

2° Administrer avant l'un des repas une cuillerée à la fois de la solution suivante :

Acide arsénieux.....	0,05 centigrammes
Eau distillée.........	200 grammes.

Revenir à l'iodure pendant 15 jours et continuer pendant plusieurs mois le traitement en alternant l'une et l'autre de ces médications.

Toujours examiner les cavités nasales et le pharynx et traiter les affections de ces régions. Traiter les affections sexuelles.

Les badigeonnages de gaïacol.

Il n'y a pas lieu de s'enthousiasmer trop tôt des effets du gaïacol en badigeonnages contre la fièvre des tuberculeux, quoiqu'il en soit parlé souvent depuis quelques mois.

M. le Dr Lepage (d'Angers) rapporte, dans le *Bulletin de la Société médicale d'Angers*, avoir traité par cette méthode une dizaine de malades. Il a constaté, à côté de quelques avantages, des inconvénients si graves, tels que transpiration abondante, sensation de froid, collapsus, vomissements, qu'il conclut que la méthode n'est pas sans danger.

Il est vrai qu'on doit se conformer à certaines indications spéciales, bien précisées par M. Courmont :

Le gaïacol, appliqué en badigonnages sur la peau des tuberculeux, abaisse toujours leur température rectale, pendant les 4 heures suivantes.

Cette méthode est nuisible aux tuberculeux cavitaires avancés.

Elle a produit des effets bienfaisants durables chez *certains* tuberculeux fébriles (granuliques ou scléreux) qui ont, pour le moins, été transformés en apyrétiques.

Dans tous ces cas, les badigeonnages ont été faits avec une dose de 0,50 centigr. à 1 gramme, la région badigeonnée étant recouverte ensuite d'une enveloppe imperméable.

L'abaissement de température est presque immédiat.

Les symptômes généraux qui accompagnent cette brusque hypothermie sont assez variables suivant les cas ; il sont très effrayants chez les cavitaires, moins accusés chez les granuliques, mais ne manquent presque jamais. On peut les résumer ainsi : sensation très nette de refroidissement général, surtout aux extrémités (tous les malades demandent à être réchauffés à l'aide de couvertures, bouillotes, etc.), sueurs très abondantes, abattement, besoin de sommeil et consécutivement bien-être relatif.

Chez ces derniers, il y a eu assez rapidement une sensible modification dans l'état général, après un traitement variant de trois à six jours.

L'asaprol.

Un nouvel antiseptique interne préconisé récemment dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, de la pneumonie grippale et de la furonculose, porte le nom *d'asaprol*. Il est soluble dans l'eau, et peut être bien toléré par l'organisme, même à la haute dose de 10 grammes.

A la dose de 3 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures, l'asaprol amène la sédation rapide des douleurs et de la fièvre à la façon du salicylate de soude, mais il a sur ce dernier médicament l'immense avantage de ne pas provoquer de troubles cérébraux, de ne jamais irriter l'estomac et surtout de n'avoir aucune action sur l'appareil rénal, ce qui permet de l'employer même dans les cas d'albuminurie.

C'est un médicament encore peu connu, mais qui rendra de grands services, croyons-nous, à cause même de sa solubilité et de son innocuité. MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler le recommandent d'ailleurs hautement.

Les revaccinations par grattage.

MM. *Rafinesque* et *Raymond* proposent de recourir de préférence à la revaccination par grattage plutôt qu'à la revaccination par piqûre. Les succès seraient bien plus nombreux et la frayeur des enfants bien diminuée.

Voici les chiffres sur lesquels ils appuient leurs affirmations :

1re série : 256 revaccinés par piqûre, 212 insuccès.

2e série : 214 revaccinés par grattage, 109 insuccès.

En moyenne 25 % de succès quand on procède par piqûre ;

Et 50 % de succès quand on procède par grattage.

« Un mot maintenant sur le manuel opératoire : avec le tranchant de la lancette chargée d'une gouttelette de vaccin, nous raclons la peau, nous enlevons les cellules superficielles de l'épiderme jusqu'à ce que nous obtenions le piqueté sanguin, qui nous montre que nous sommes arrivés à la surface absorbante. Nous recouvrons alors de pulpe vaccinale cette plaque de grattage, qui mesure à peine quelques millimètres carrés, et nous laissons sécher. »

Quant aux inconvénients de ce procédé, ils sont minimes ; les voici exposés par MM. Rafinesque et Raymond eux-mêmes.

La vaccination par grattage demande incontestablement plus de temps que la piqûre. Et encore faut-il s'entendre. La lancette, tranchante, affilée, est inférieure pour produire ce grattage à un instrument moins parfait, plus mousse, et il est beaucoup plus facile d'opérer avec le vaccinostyle du docteur Mareschal qu'avec la lancette. Cette perte de temps d'ailleurs n'est sensible que lorsqu'on doit procéder à un nombre considérable de vaccinations, comme cela se voit dans les écoles, où l'on a à revacciner dans une matinée plus de huit cents enfants. Et doit-elle entrer en ligne de compte ? Si l'on veut la réussite de l'opération, il faut en vouloir les moyens. Un inconvénient qui pourrait être plus sérieux est le suivant. Il se développe souvent plusieurs pustules vaccinales sur une même plaque de grattage ; la lésion est donc très étendue, et l'on peut se demander ce que seront les cicatrices. A vrai dire, cela n'a guère d'importance que s'il s'agit d'une femme, et l'on aura toujours la ressource de vacciner en un point qui sera caché par les vêtements.

La fièvre typhoïde à Paris.

Comment se fait-il qu'il y ait tant de Congrès sanitaires, tant de Conseils d'hygiène, etc., etc.? Comment peut-il se faire qu'après des expériences malheureusement si probantes, il y ait encore des épidémies de fièvre typhoïde à Paris. On dépense des millions pour amener de l'eau de source dans des aqueducs, on complique chaque jour les rouages de l'administration sanitaire, et rien n'est changé dans les épidémies, qui ravagent certains quartiers. On sait aujourd'hui que c'est par l'eau potable que se transmet la fièvre typhoïde, et on n'est pas encore en mesure de parer radicalement à toute infection de l'eau. Autrefois, c'était l'eau de Seine qu'on accusait, et avec raison. Aujourd'hui, voilà l'eau de la Vanne, la plus pure de toutes les eaux de source qui est incriminée. Quand on distribue de l'eau de Seine, par suite d'une réparation quelconque d'un réservoir ou d'une insuffisance de débit en été, tout le monde se méfie. Maintenant il va falloir se méfier même de l'eau de la Vanne. On parle de faire bouillir même l'eau de source, avant de la boire ; le fait est que nous le croyons prudent.

Or tout cela vient, paraît-il, de l'insuffisance de surveillance de l'aqueduc de la Vanne. Il existe une partie de l'aqueduc, au voisinage d'Arcueil-Cachan, que les ingénieurs signalent comme particulièrement vulnérable, à cause de sa situation souterraine et de la possibilité d'infiltrations du sol, et l'administration a laissé vider dans les terrains voisins plusieurs tonnes de vidanges !!

La contamination des eaux est bien facile à expliquer, croyons-nous et les responsabilités devraient être établies une bonne fois. De sévères punitions seraient justes contre de pareilles négligences.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic de la Coxalgie hystérique.

La contracture spasmodique des groupes musculaires péri-articulaires est un symptôme très fréquent dans la plupart des arthrites : il joue un rôle important dans le tableau symptomatique, en imprimant au membre une attitude spéciale pour chaque articulation atteinte : telles les attitudes vicieuses classiques de la coxalgie dans ses premières périodes. — Mais cette même contracture des muscles péri-articulaires peut se produire indépendamment de toute lésion de l'articulation, sous une influence nerveuse, et simuler ainsi une arthrite véritable : le fait s'observe spécialement dans l'hystérie, et constitue ce que Brodie a décrit le premier sous le nom d'affection hystérique des jointures, ce que l'on appelle plus communément aujourd'hui les *arthralgies hystériques*.

La coxalgie hystérique est un bel exemple de ce genre d'arthralgies : elle en est aussi, avec l'arthrodynie du genou, la localisation la plus fré-

quente. Toutefois, l'arthralgie hystérique peut se retrouver sur toutes les grandes articulations des membres. Sur un total de 70 cas, dont Charcot a rapporté la statistique, l'arthralgie aurait occupé 38 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le cou-de-pied.

Il importe, au point de vue pratique, de bien connaître les caractères de cette coxalgie hystérique : ce diagnostic est souvent difficile. Et il est bien évident que pronostic et moyens thérapeutiques, pour cette pseudo-coxalgie d'ordre purement nerveux, diffèrent totalement d'avec ceux de la coxalgie véritable, de la coxo-tuberculose. Depuis la description magistrale qu'en a donnée Brodie, la coxalgie hystérique a été souvent étudiée : dans ces dernières années, son histoire, comme celle de l'hystérie en général, s'est transformée sous l'influence de Charcot : et dans les leçons cliniques de la Salpêtrière, le diagnostic différentiel de la coxalgie hystérique d'avec la coxalgie tuberculeuse est merveilleusement exposé.

Il s'agit d'ailleurs ici d'une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire. On pensait autrefois qu'elle s'observait exclusivement chez des femmes ou des jeunes filles présentant à un degré plus ou moins marqué tous les attributs de l'hystérie. Mais, comme celles de l'hystérie même, aujourd'hui ces données étiologiques doivent être profondément modifiées. Tout en étant plus fréquente dans les conditions précédentes, la coxalgie hystérique peut cependant s'observer chez des malades de tout âge, dans le sexe masculin aussi bien que dans le sexe féminin : enfin elle peut constituer la première manifestation de l'hystérie chez des sujets jusqu'alors bien portants. C'est, qu'en effet, la coxalgie hystérique peut être l'une des manifestations de cet état particulier auquel on a donné le nom *d'hystéro-traumatisme.* L'un des malades de Charcot était un homme de quarante-cinq ans. Quoique l'on ait observé la coxalgie hystérique surtout entre dix-huit et vingt-cinq ou trente ans, les enfants n'en sont aucunement indemnes. M. Quénu pense même que chez les enfants elle est moins rare qu'on ne le suppose, et il rapporte, entre autres, le cas d'une petite fille de dix ans, chez laquelle le diagnostic hystérie fut confirmé par Grancher, et qui eut successivement sous ses yeux de la scoliose intermittente, de la pseudo-coxalgie et de la tarsalgie.

Souvent c'est un accident, une chute, un coup, qui est le point de départ de la maladie. Et il n'est nullement nécessaire que ce traumatisme initial ait une gravité quelconque : le plus souvent il est insignifiant. C'est qu'en effet, ce n'est pas le traumatisme qui donne naissance à l'arthralgie ; il n'est que la cause occasionnelle chez un sujet présentant un état d'esprit particulier ; il ne fait que créer la suggestion. Donc, à la suite d'un coup, d'une fatigue, ou d'une émotion vive, une malade accuse de violentes douleurs dans la hanche. Presque en même temps se montre une contracture générale très accentuée des muscles fonctionnels de l'articulation ; et, de ce fait, le membre se place rapidement en attitude vicieuse, fixe, le plus souvent l'adduction et la rotation en dedans. La marche est complètement impossible, ou ne se fait qu'avec une excessive claudication. Examine-t-on la région de la hanche, on voit que la moindre pression, même superficielle, le moindre mouvement qu'on essaye de lui imprimer provoquent de vives douleurs. Le membre inférieur du côté affecté paraît raccourci, par suite de la contracture musculaire, qui élève le bassin du côté correspondant ; la cuisse est, par rapport au bassin, dans une situation absolument fixe, de telle sorte que tout mouvement imprimé à la cuisse est immédiatement communiqué au bassin ; là encore, c'est la contracture musculaire qui est en jeu. Cette situation se prolonge des semaines, des mois, des années même, sans que, malgré la douleur et l'impotence fonctionnelle, l'examen attentif révèle aucun trouble local ; ni engorgement des ganglions de l'aine, ni empâtement, ni abcès, ni atrophie notable des muscles de la cuisse. L'état général, en dépit des troubles nerveux, reste à peu près stationnaire. Et souvent la guérison survient subitement et en dehors de toute prévision : les troubles précédents disparaissent aussi brusquement qu'ils étaient apparus.

Tel est, en deux mots, le tableau de la coxalgie hystérique. Si, en pratique, les cas particuliers se présentaient avec cette netteté, il est certain qu'on serait mis facilement sur la voie du diagnostic exact : encore au début, en face de commémoratifs incomplets, d'un interrogatoire difficile ou de renseignements mal donnés, pourrait-on hésiter. Un examen minutieux, approfondi, est donc toujours nécessaire : voyons, en détaillant chacun des symptômes de cette coxalgie hystérique, ce qu'ils ont de particulier, et quels éléments ils vont nous fournir pour le diagnostic d'avec la coxalgie tuberculeuse.

1° Et d'abord, *le début.* Presque toujours il est extrêmement brusque. Cette brusquerie du début est un des caractères les plus constants de la coxalgie hystérique. Les symptômes peuvent arriver d'emblée à leur maximum : en tout cas, cette période est presque toujours extrêmement courte : en quelques jours la coxalgie hystérique réalise des symptômes qui ne se produisent habituellement qu'au bout d'un temps plus ou moins long dans la coxalgie tuberculeuse. En outre, tous ces symptômes, douleurs, attitudes vicieuses, claudication, peuvent ainsi apparaître, brusquement, à la suite d'un traumatisme insignifiant, d'une émotion morale, ou bien d'une attaque convulsive. Charcot a montré que, pour produire leurs effets, ces traumatismes, souvent insignifiants doivent s'exercer chez des individus à état mental tout particulier ; tels sont les hystériques, qui, à certains moments, sont aussi suggestibles que les individus hypnotisés.

2° L'analyse des troubles fonctionnels : douleurs, attitude vicieuse, claudication, sera aussi fertile en éléments de diagnostic.

La *douleur*, surtout dans la coxalgie hystérique, a des caractères spéciaux. Comme dans la coxalgie vraie, elle occupe simultanément la hanche et le genou : elle est augmentée par la percussion du grand trochanter, du genou ou du talon ; mais, de plus, elle ne se limite pas exactement à l'articulation, elle s'étend à la peau, qui recouvre cette articulation, remonte au-dessus de l'arcade crurale et sur la partie inférieure de l'abdomen, et s'étend à la fesse en arrière. « La malade fait des grimaces et pousse quelquefois des cris, si vous exercez une pression sur la hanche, dit Brodie ; mais elle le fait aussi si vous pressez sur l'os coxal, ou la région lombaire, ou la cuisse, ou même la jambe jusqu'au niveau des malléoles. Partout la

sensibilité morbide siège dans l'enveloppe cutanée ; si vous pincez la peau jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. Ce *caractère superficiel, cutané, de la douleur*, est un signe de la plus haute importance : Brodie y insistait beaucoup dans la description première qu'il a donnée de la coxalgie hystérique, et des arthralgies hystériques en général : ce signe a conservé son nom.

C'est donc dans la peau que réside, pour la plus grande part, l'hyperesthésie douloureuse. Cette hyperesthésie, de même que les anesthésies qu'on rencontre aussi dans l'hystérie, n'a pas une localisation qui réponde à la distribution anatomique des nerfs. Comme celles-ci, elle semble se superposer à la fonction, et revêt, suivant l'expression de Charcot, une *disposition géométrique*. Ici, dans cette arthralgie coxale, le territoire cutané hyperesthésique représente une sorte de triangle dont le sommet serait à la racine des bourses, ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme, et dont la base, s'élargissant de plus en plus parallèlement au pli de l'aine qu'elle a pour centre de direction, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum.

Autre point à signaler : les malades accusent plus vivement cette douleur lorsqu'ils suivent attentivement l'exploration. « La douleur, dit encore Brodie, est plus forte quand la malade voit l'examen auquel on la soumet ; si, au contraire, quelque chose vient à la distraire, c'est à peine si elle profère une plainte. » Cela indique bien le mécanisme psychique de la douleur. Chez le malade, dont M. Charcot a fait l'objet de sa clinique, l'exploration de ce territoire hyperesthésique, les excitations de la peau de l'aine et du genou, amenaient une anxiété extrême, avec constriction épigastrique, battements de cœur, serrement de la gorge, en un mot, tous les signes de l'aura hystérique vulgaire ; mêmes résultats à la suite de la percussion exercée sur le grand trochanter, sur le talon, ou à la suite de toute tentative de mouvement imprimé à la hanche. De même dans une observation de M. Lannelongue, « on ne pouvait toucher au membre sans que l'enfant fût pris d'une véritable attaque de nerfs ».

Il n'existe pas, dans la coxalgie hystérique, ces élancements douloureux qui réveillent les enfants atteints de coxo-tuberculose. Ces malades peuvent voir le commencement de leur sommeil retardé par la souffrance ; mais une fois endormis, ils n'éprouvent pas les secousses et les réveils en sursaut des enfants atteints de coxalgie tuberculeuse.

Les *attitudes vicieuses* de la coxalgie hystérique peuvent reproduire absolument celles de la coxalgie tuberculeuse, mais souvent aussi elles en diffèrent sous plusieurs rapports. Ainsi, au début, l'adduction avec rotation en dedans est plus commune que l'abduction et la rotation en dehors qui caractérisent la première période de la coxalgie vraie. Ou bien, ces attitudes vicieuses ont quelque chose d'excessif : l'abduction avec la rotation en dedans se combinant, par exemple, avec un tel degré de flexion, que le genou vienne directement s'appliquer au tronc. On peut observer encore des changements brusques d'attitude qui ne se rencontrent pas dans la coxalgie tuberculeuse. Enfin, un caractère des plus importants est que, presque toujours, *les contractures ne se limitent pas à la hanche* ; elles occupent aussi le genou et le cou-de-pied, s'étendant ainsi à la totalité du membre inférieur. Ces contractures éloignées peuvent apparaître sous l'influence d'une constriction, d'un appareil un peu serré, par exemple : et l'on sait que ces contractures provoquées par la constriction, constituent un des principaux stigmates de l'hystérie.

La *claudication*, en général, n'offre pas une grande importance. La raison en est que, de bonne heure, les malades sont immobilisés au lit par l'exagération des douleurs et de la contracture. Cependant, chez ceux qui pendant quelque temps continuent à marcher, on observe dans la claudication la même exagération que dans les autres symptômes : d'emblée, elle est très prononcée. Les malades font, pendant la marche, des soubresauts, des saccades irrégulières. M. Paget a même donné à ce type de boiterie irrégulière le nom de boiterie choréiforme, et il en fait le type particulier de la coxalgie hystérique.

3° Passons maintenant à l'examen local de l'articulation. Cet examen peut être rendu fort difficile par les souffrances qu'accuse la malade au moindre attouchement de cette région. Les résultats peuvent se résumer d'un mot : ils sont *entièrement négatifs*. Il n'existe ni adénopathie, ni empâtement, ni abcès. La température locale reste normale, tandis que, dans une arthrite véritable aussi douloureuse, elle serait sûrement assez élevée pour que cette différence soit perceptible à la main par comparaison avec le côté sain. Enfin, en règle générale, il n'y a pas d'atrophie, ou du moins d'atrophie notable des muscles du membre affecté. L'inertie fonctionnelle prolongée peut amener un peu d'amaigrissement du membre ; mais celui-ci ne répond pas à l'atrophie musculaire avec flaccidité qu'on trouve dans les coxalgies organiques. Toutefois, il faut en revenir de l'opinion de Brodie, pour qui cette atrophie n'existait jamais dans la coxalgie hystérique : les recherches de Charcot et de ses élèves nous ont appris qu'il peut exister dans l'hystérie des troubles trophiques de la peau, du tissu cellulaire ou des muscles. Mais, en pratique, on peut dire que l'atrophie musculaire, qui est la règle dans la coxalgie tuberculeuse, est beaucoup plus rare dans la coxalgie hystérique : elle y est, en tout cas, infiniment moins prononcée que dans une coxo-tuberculose d'égale durée.

Enfin, les mouvements de l'articulation sont presque toujours complètement limités par la contracture des muscles péri-articulaires. Ces essais de mobilisation provoquent d'ailleurs de vives douleurs, et le malade commence à se plaindre au moment même où commence le mouvement. Dès lors, il est impossible de se faire une idée exacte de l'état de l'articulation coxo-fémorale elle-même, si l'on n'a pas recours au chloroforme.

Cet *examen de l'articulation sous le chloroforme* est un procédé d'investigation qu'il ne faudra jamais négliger. Seul il permet de reconnaître l'absence de lésions anatomiques, et de constater la conservation des mouvements. L'anesthésie doit être poussée à fond, de façon que la contracture disparaisse absolument, et alors, à l'inverse de ce qui existe dans les affections organiques, on constate la liberté complète de tous les mouvements, l'absence totale des craquements articulaires, on voit que l'articulation coxo-fémo-

rale est saine. Au contraire, dans une coxo-tuberculose un peu ancienne, on constate toujours un peu de rétraction musculaire limitant les mouvements, surtout les mouvements d'abduction, ou des craquements articulaires pendant les mouvements imprimés à l'articulation. M. Charcot a montré, de plus, que le mode de réapparition des phénomènes douloureux pendant la période du réveil était très important au point de vue du diagnostic. « Pendant la période du réveil, dit-il, en parlant de son malade, la raideur commença à reparaître à un certain degré dans les muscles malades, avant qu'aucune manifestation douloureuse se montrât du côté de la jointure. La sensibilité de la peau était déjà en partie revenue, le malade commençait à répondre à quelques questions, alors que la sensibilité des parties profondes (percussion du trochanter, du talon) n'était encore nullement exagérée ; c'est donc l'hyperesthésie profonde qui s'est reproduite en dernier lieu. Mais lorsque le réveil fut redevenu complet, c'est-à-dire au bout de vingt à vingt-cinq minutes, la douleur, la claudication, redevinrent absolument ce qu'elles étaient avant la chloroformisation. » En un mot, dans cette coxalgie hystérique, la réapparition des douleurs s'est faite des parties superficielles vers les parties profondes : c'est le contraire de ce qui se passe dans la coxalgie vraie, où les douleurs articulaires et les contractures sont les premiers phénomènes qui marquent le réveil du malade, la douleur profonde, produite par la percussion du trochanter ou du talon, étant la première qu'on puisse constater après la chloroformisation.

4° L'examen approfondi de *l'état général* complétera le diagnostic. Bien conduit, cet examen permet le plus souvent de relever d'autres phénomènes se rapportant à l'hystérie. Exploration méthodique de la sensibilité cutanée, exploration des sens spéciaux, vue, odorat, ouïe ; exploration du réflexe pharyngé ; cela revient, en somme, à *rechercher l'hystérie*, et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer, pour la façon dont on doit pratiquer cet examen, aux articles qu'ici M. Le Gendre a consacrés à cette question (1).

La durée de la coxalgie hystérique peut être très longue et se prolonger plusieurs années ; elle présente souvent des apparences de guérison et des rechutes : elle est très sujette aux récidives. M. Charcot a démontré que, lorsqu'une anesthésie ou une hyperesthésie en territoire géométrique se superpose à une paralysie ou à une contracture, les troubles de sensibilité persistent toujours quelque temps après la disparition du symptôme fonctionnel, des contractures musculaires dans ce cas particulier de la coxalgie hystérique. Tant qu'existent ces troubles de la sensibilité, il faut donc craindre le retour de l'affection, et soigneusement préserver le malade de toutes les causes, traumatiques ou morales, qui pourraient occasionner une récidive.

Même lorsqu'il s'agit d'une coxalgie hystérique très ancienne, la guérison survient parfois brusquement, à la suite d'une émotion morale ou d'un traitement inspirant confiance. Et nous retrouvons ici l'influence de l'auto-suggestion dans ces guérisons dites miraculeuses d'affections hystériques. Brodie, par exemple, cite le cas d'une jeune fille « retenue au lit depuis de longues années par suite d'une affection hystérique de la hanche. Son confesseur ayant récité des prières à son intention, elle se leva subitement et descendit souper, au grand étonnement de toute la famille ». De même, Crolay rapporte l'histoire d'une religieuse guérie miraculeusement, à la fin d'une neuvaine, d'une coxalgie hystérique, et celle d'une jeune fille dont l'affection disparut pendant que les médecins prenaient rendez-vous pour l'application d'un appareil.

Tels sont les éléments du diagnostic de la coxalgie hystérique : brusquerie du début, acuité et caractère superficiel des douleurs, extension des contractures musculaires au genou et au cou-de-pied, claudication exagérée et irrégulière, absence d'adénopathie inguinale, d'empâtement, d'abcès, d'atrophie musculaire, mobilité parfaite et absence de craquements articulaires sous le chloroforme, et enfin stigmates d'hystérie sur d'autres régions. Lorsque ce tableau est complet, la confusion entre l'affection hystérique de la hanche et la coxo-tuberculose est facilement évitée ; mais les principales difficultés du diagnostic tiennent aux formes mixtes, à ce que Charcot désigne sous le nom de formes hystéro-organiques : il s'agit en ce cas d'arthrites vraies, à symptômes aggravés par l'état nerveux du sujet ; la tuberculose a provoqué des phénomènes hystériformes chez des sujets prédisposés, et les phénomènes dynamiques de la coxalgie hystérique servent de masque aux lésions tuberculeuses de la hanche. Voici, par exemple, un fait de cet ordre observé par Lannelongue : « Garçon de 11 ans ; la mère a de nombreuses attaques d'hystérie. Le membre du côté malade est contracturé, non seulement au niveau de la hanche, mais encore au niveau du genou et du pied ; on ne peut toucher ce membre sans que l'enfant soit pris d'une véritable crise de nerfs. Dans le sommeil chloroformique, on constate l'existence de craquements articulaires énormes. Il existe un raccourcissement de deux centimètres dû à ce que la tête fémorale a chevauché sur la cavité cotyloïde. Plus tard, il s'est produit un abcès symptomatique. » — Il existe un certain nombre d'autres observations du même ordre, dans lesquelles l'ensemble des symptômes semblait d'abord appartenir à l'hystérie et où cependant la tuberculose fut démontrée ultérieurement par le développement d'un abcès. Aussi doit-on savoir ne se prononcer qu'avec une certaine réserve, surtout chez les enfants, quand l'affection se présente sous une forme clinique anormale. Dans le doute, il faut réserver le diagnostic, et être à l'affût du moindre signe vrai de coxo-tuberculose : empâtement, adénopathie, etc., et surtout résultats de l'examen de l'articulation sous le chloroforme.

M. Jourdan,
interne des Hôpitaux de Paris.

(1) P. le Gendre. — Comment il faut rechercher l'hystérie — *Concours médical*, 1890, page 543, et : Tableau sommaire de l'hystérie, id. 1891, pages 497, 519, 557.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Procès-verbal de la séance du 10 février 1894.

Etaient présents : MM. Cézilly, Jeanne, Gassot, Archambaud.

Excusé : M. Maurat.

La séance est ouverte à 4 heures sous la présidence de M. le Dr Cézilly, président.

Le Conseil d'administration règle les dépenses, effectuées pour l'organisation de l'Association.

—

Le Trésorier donne connaissance de l'état de la Caisse. Il prie instamment les confrères qui sont en retard, pour leur cotisation, de vouloir bien l'envoyer, le plus tôt possible, afin d'éviter à l'administration un travail compliqué et préjudiciable au bon fonctionnement de la société.

—

Après le dépouillement de la correspondance, le Conseil s'occupe de l'organisation départementale et de la nomination de délégués et de correspondants dans chaque département.

—

Le Conseil décide que les adhérents, admis à ce jour, seront considérés comme entrant au 1er janvier 1894, et prononce l'admission des nouveaux confrères inscrits.

Sur la proposition de Messieurs Cézilly et Archambaud, il est décidé de mettre à l'étude la prolongation de l'indemnité maladie au delà de 65 ans jusqu'au décès, et M. Cézilly est prié, à cet effet, de vouloir bien s'entendre avec l'actuaire, en vue des calculs à établir.

La séance est levée à 6 heures et demie.

Le Secrétaire des séances,
Dr Paul Archambaud.

Organisation de la Vendée.

Délégué Départemental.

M. le Dr Mignen (Montaigu), membre du Concours et de la Société locale, vice-président du Syndicat départemental de la Vendée, premier adhérent de la région, à l'Association amicale.

Correspondants

Arrondissement de la Roche-sur-Yon.

M. le Dr Filaudeau (La Roche-sur-Yon), trésorier de la Société locale et président du Syndicat.

M. le Dr Piveteau (L'Oie), membre du Concours et de la Société locale.

M. le Dr Clenet (Cugand), membre du Concours et de la Société locale.

Arrondissement de Fontenay-le-Comte.

M. le Dr Vaton (Fontenay-le-Comte), membre du Syndicat.

M. le Dr Barbanneau (Pouzauges), membre du Concours, du Syndicat et de la Société locale.

M. le Dr Hurtaud (Luçon), délégué à la commission de la Société locale.

M. le Dr Fleury (Chaillé-les-Marais), membre de la Société locale, adhérent à l'Association amicale.

M. le Dr Berrez (L'Hermenault), membre du Concours, de la Société locale, de l'Association amicale.

Arrondissement des Sables-d'Olonne.

M. le Dr Billiotte (Les Sables), membre du Concours, délégué à la Société locale.

M. le Dr Dodin (Challans), membre du Concours, délégué à la Société locale.

M. le D. Riou (Challans), membre du Concours, délégué à la Société locale.

Le Conseil d'administration ne saurait laisser passer l'occasion qui se présente aujourd'hui, sans remercier M. le Dr Mignen, d'avoir toujours travaillé à la création de notre Société amicale pour l'indemnité en cas de maladie. La propagande qu'il a récemment faite dans la « *Vendée médicale* » portera sans nul doute de nouveaux fruits.

Détails importants.

A. Lorsqu'un confrère nous adresse son adhésion à l'Association amicale, il oublie parfois de désigner l'arrondissement dont sa résidence fait partie. Aussi est-il arrivé que nous l'avons envoyé se faire examiner par un médecin très éloigné de lui, ce qui cause préjudice et perte de temps considérable.

Afin d'éviter cet inconvénient, nous prions les futurs adhérents de nous fournir les renseignements ci-dessous :

1° Résidence, canton, arrondissement, département.

2° Noms des deux correspondants les plus voisins, ou bien (si l'organisation du département n'a pas été publiée), noms des trois confrères les plus rapprochés auxquels l'examen peut être demandé ;

3° Indication des Sociétés médicales dont le postulant fait partie.

Nous remercions d'avance nos confrères de nous épargner ainsi la besogne inutile et les causes d'erreur.

B. Soucieux, à bon droit, d'entretenir avec les Sociétés locales et les Syndicats médicaux, les relations les plus intimes, nous prions ceux de nos confrères qui ont bien voulu accepter la *délégation départementale*, de nous indiquer la composition actuelle des bureaux de ces sociétés, et de nous tenir ensuite au courant des modifications qui pourraient s'y produire.

Nous souhaitons aussi bien vivement qu'ils profitent des réunions de ces Sociétés locales pour exposer aux confrères qui ne les connaissent pas, par la lecture du « *Concours médical* », le but et le fonctionnement de l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie.

C. Le recouvrement par la poste des cotisations dues, constituerait une dépense notable que le Conseil d'administration s'est préoccupé d'éviter. Nous ne pouvons y parvenir, que si chaque membre prend soin d'adresser régulièrement son envoi au trésorier, M. le Dr Gassot, à Chevilly (Loiret), le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année. *Dans une œuvre de mutualité comme la nôtre, les négligences de quelques-uns causent un préjudice à tous* : il est donc juste et désirable que ces négligences ne se produisent pas.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques.

Mon cher Directeur,

Je lis, dans le numéro du 3 mars, une note dans laquelle sont exposées, avec beaucoup de justesse, à mon avis, les raisons pour lesquelles

cette fameuse déclaration, que la loi nous impose désormais, ne produira aucun résultat.

Il est une cause, encore, qui n'a pas été signalée et qui me paraît devoir concourir au même résultat négatif.

Que cherche-t-on, en effet ? A être prévenu immédiatement pour pouvoir prendre les mesures capables de circonscrire le foyer et de prévenir la dissémination des germes.

Or, tous ceux de mes confrères qui exercent à la campagne, savent, par expérience, que, le plus généralement, le médecin n'est appelé que tardivement, si la maladie se complique ou si elle dure déjà depuis longtemps. Il nous arrive continuellement d'apprendre que, dans une commune, la scarlatine règne déjà depuis plusieurs semaines, sans que personne ait été appelé près d'un seul malade. Quelle efficacité la déclaration pourra-t-elle avoir, si cinq, dix, quinze maisons ont été déjà contaminées ?

Et l'exemple de la scarlatine, que je choisis, n'est pas isolé : jamais nous ne sommes appelés pour des varioloïdes.

Les cas sont bénins, dira-t-on ; mais ne sait-on pas qu'à ces cas, relativement légers, succèdent souvent des cas beaucoup plus graves et qu'une fois le foyer épidémique constitué, il est bien difficile d'enrayer sa marche ascendante ?

S'agit-il de la fièvre typhoïde ? Ce sera souvent la même chose : la forme muqueuse aura prédominé et les accidents auront tardé ; ce n'est qu'à leur apparition qu'on nous appellera. Il m'est arrivé personnellement de n'être mandé qu'au 20e jour, alors que le malade pouvait être considéré comme à peu près perdu. Il est bien entendu que, pendant tout ce temps, les mesures les plus élémentaires de prudence avaient été absolument négligées, que les déjections avaient été jetées de tous côtés, le linge sale accumulé, que les parents et les voisins avaient séjourné dans la chambre du malade, sans même se laver les mains avant de prendre leurs repas. A quoi ma déclaration aurait-elle servi ?

L'ignorance des sages-femmes de campagne est proverbiale : la nouvelle accouchée commence-t-elle à s'infecter, présente-t-elle des frissons etc..., la sage-femme parle de *fraîcheurs*, pour lesquelles elle a des moyens infaillibles et se garde bien de réclamer la présence du médecin ; — elle continue d'ailleurs consciencieusement à faire tous les accouchements qui se présentent, à visiter ses accouchées de la semaine précédente.

L'ophthalmie des nouveau-nés n'a d'autre cause que les *coups d'air*, et il suffit, pour la guérir, de faire tomber quelques gouttes de lait dans les yeux.

Quelle sera donc l'efficacité des déclarations que devra faire le médecin, dans tous ces cas ?

En l'état actuel, il n'y avait, selon moi, qu'une seule mesure à prendre : il fallait rendre la déclaration obligatoire pour le chef de famille, avec cette sanction qu'il pouvait, faute de déclaration, être tenu civilement responsable du tort qu'il pouvait occasionner à autrui par la propagation de la maladie.

Si le paysan, voire le citadin, était convaincu que sa bourse pourrait avoir à souffrir de sa négligence, il ne se montrerait pas négligent, et les déclarations ne rencontreraient aucune difficulté. Il est vrai que les municipalités ne se remueraient pas davantage pour cela. Mais du moins on aurait tenté quelque chose de véritablement utile.

Et qu'on ne vienne pas dire que la mesure serait trop rigoureuse. Il est nombre de cas, où une contrée tout entière est infectée, parce qu'un seul individu n'a voulu entendre ni conseil, ni recommandation. Où donc serait le si grand mal, s'il lui en cuisait un tant soit peu.

Mais, et c'est là la véritable objection, on se mettrait à dos les électeurs... et il est beaucoup plus commode de tomber sur le médecin.

Dr P.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité scientifique du Médecin.

La question de la responsabilité du médecin, en matière scientifique, est posée, de temps à autre, par des clients qui, le plus souvent, ne cherchent, dans le procès, qu'un moyen de se soustraire à l'obligation de payer ses honoraires.

Malheureusement cette responsabilité scientifique est assez mal définie ; aussi convient-il de relever les cas où des jugements établissent nettement ses limites.

Un M. Le S... ayant perdu sa femme, à la suite d'un accouchement gémellaire, pratiqué par le Dr T..., accusait ce dernier d'avoir commis une faute grave en s'abstenant d'extraire, de l'utérus, des débris de placenta et réclamait une somme de 20.000 francs comme dommages-intérêts.

Le Dr T... invoqua le témoignage de deux confrères qu'il avait appelés en consultation et aussi celui du médecin en chef de la Maternité. Celui-ci déclara que la conduite du Dr T... ne lui paraissait comporter aucune critique, l'extraction des portions adhérentes du placenta pouvant amener la déchirure du tissu utérin et qu'il jugeait l'expectation préférable.

Le Tribunal de la Seine s'est rangé à cet avis et a débouté Le S... de sa plainte, le condamnant reconventionnellement à payer au Dr T... le montant de ses honoraires, évalué à cent quatre-vingt-dix francs.

Voici d'ailleurs le jugement :

Attendu que Le S... a intenté une demande en vingt mille francs de dommages-intérêts, contre le Dr T... qu'il considère comme responsable de la mort de la dame Le S..., sa femme, décédée, dans la nuit du dix-huit au dix-neuf septembre, des suites d'une double couche.

Attendu que si, en principe, le médecin peut être déclaré responsable des suites des soins qu'il donne à ses malades, c'est uniquement dans les cas de fautes lourdes, de négligences nettement caractérisées ou d'impéritie absolue ;

Que, spécialement, en matière d'accouchement, la responsabilité peut être encourue lorsque le médecin qui y a procédé, a négligé de s'assurer si la femme a été complètement délivrée ;

Attendu, en fait, qu'il résulte des documents fournis au Tribunal que le 8 septembre 1892, la dame Le S... a mis au monde deux enfants jumeaux, par les soins du Dr T..., appelé depuis plusieurs jours par le sieur Le S... ;

Qu'il est constant que le Dr T..., après la venue du premier enfant, s'est assuré que le délivre avait été complètement expulsé ; qu'après la venue du second enfant, il examina le délivre avec le plus grand soin et constata que certains fragments de placenta étaient, comme il se présente quelquefois,

adhérents à la membrane de l'utérus, laquelle chez la dame Le S... était extrêmement mince ;

Que le Dr T... n'a donc, à ce point de vue, commis aucun oubli, ni aucune négligence ;— qu'après cette constatation, la question se posait pour lui de savoir s'il devait tenter de détacher de force ces fragments au risque d'amener chez la dame Le S.. les désordres les plus graves, qu'il crut plus prudent d'attendre et de laisser agir la nature ;

Que le quatorze, l'état de la dame Le S... s'étant aggravé, il fit venir en consultation le Dr M.., médecin de la famille, qui, pas plus que lui, ne crut devoir tenter une opération pour détacher les fragments du placenta ;

Que le dix-sept septembre, le Dr T... fit appeler en consultation le Dr W..., spécialiste expérimenté, qui ne fit que constater la gravité de l'état de la dame Le S .. et enlever certaines portions du placenta qui s'étaient détachées d'elles-mêmes ;

Attendu que le Dr W... a protesté énergiquement contre les propos que Le S... lui a prêtés, propos tendant à jeter un blâme sur la manière dont avait procédé son confrère ;

Attendu que le dix-huit septembre, la dame Le S... décédait des suites d'une fièvre puerpérale ;

Attendu que la question de savoir si le Dr T... devait tenter d'extraire, de force, les fragments de placenta adhérents à l'utérus est d'ordre purement scientifique ; qu'elle échappe à la compétence du Tribunal ; — que d'ailleurs le Dr T... s'est trouvé couvert par la présence du Dr M... ;

Que le Dr G..., médecin en chef de la Maternité, consulté par le Dr T..., a formulé en ces termes au sujet de la délivrance :

« La conduite tenue ne me paraît comporter aucune critique ; en insistant sur l'extraction des portions adhérentes du placenta, on eût peut-être déchiré le tissu propre de l'utérus, il était préférable d'attendre. »

Attendu qu'il résulte donc de ce qui précède que le Dr T..., dans les soins qu'il a donnés à la dame Le S..., n'a commis aucun oubli, aucune négligence, aucune faute lourde de nature à entraîner sa responsabilité ;

Qu'il y a lieu dès à présent, sans qu'il soit besoin de recourir à une expertise médicale et à l'enquête demandée par Le S..., de rejeter sa demande ;

Attendu que le Dr T... s'est porté reconventionnellement demandeur pour le montant de ses honoraires qu'il évalue à cent quatre-vingt-dix francs ;

Qu'il y a lieu de faire droit à cette demande ;

Par ces motifs :

Déclare Le S... mal fondé en sa demande, l'en déboute ;

Le condamne à payer au Dr T... pour ses honoraires la somme de cent quatre-vingt-dix francs ;

Le condamne, en outre, aux dépens.

Garantie des patrons.

Un patron est garant du paiement des honoraires du médecin, appelé par lui pour donner des soins à son ouvrier, victime d'un accident dans le cours de son travail. Il ne saurait être assimilé à un tiers qui, témoin d'un accident, s'empresserait, par un sentiment d'humanité, de prévenir un médecin.

Tel est le sens d'un jugement rendu par le Tribunal de première instance de Vassy, le 29 décembre 1882.

A la demande de plusieurs de nos confrères, nous donnons le texte de ce jugement :

Le Tribunal,

Attendu qu'il est établi aux débats, que le 12 mars 1882, Le Bachellé a invité le demandeur, le docteur Jobart, à se transporter d'urgence à Villemblaisois, pour donner des soins au sieur Maugery, ouvrier de son usine, qui venait d'être atteint, dans le cours de son travail, d'une hernie étranglée ;

Qu'il est également constant, en fait, que le demandeur a obtempéré à cette invitation ;

Que le 14 mars il a, avec le concours du docteur Matthieu, procédé à une opération difficile et délicate ;

Que pendant quelques semaines, il a continué ses soins, et que, en réalité, il a fait au malade vingt-neuf visites pour pansements et traitement ;

Attendu que le défendeur n'a nullement critiqué, comme exagérée, la somme de 353 francs réclamée par le demandeur pour ses voyages et honoraires, ainsi que pour les honoraires du docteur Matthieu ; qu'il a simplement soutenu qu'il n'était à aucun titre obligé de payer la somme réclamée et s'est borné à offrir celle de 75 francs, par lui retenue sur les salaires de son ouvrier ;

Attendu que si l'on peut admettre qu'un tiers, témoin d'un accident, et qui, par un louable sentiment d'humanité, s'empresse d'en prévenir un médecin, n'est pas responsable envers ce dernier, il en est autrement quand l'invitation émane du propriétaire de l'usine où le malade se trouvait employé ;

Qu'en pareil cas et en absence de tous renseignements, le médecin requis devait, naturellement, croire que le propriétaire de l'usine prenait à sa charge, ou à celle d'une caisse de secours, les frais de l'opération et du traitement.

Attendu, au surplus, que Le Bachellé n'a pu ignorer que le docteur Jobart s'était transporté au domicile de Maugery, avait opéré le malade et continuait à lui donner des soins ;

Qu'il lui était facile, pour dégager sa responsabilité et limiter les suites de l'obligation qu'il avait implicitement contractée, de prévenir le demandeur qu'il n'entendait nullement lui garantir le paiement de ses voyages et honoraires, et que, ne l'ayant pas fait, il est évidemment resté, par suite de la situation spontanément prise, obligé au paiement de la somme que le demandeur pouvait légitimement réclamer ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les frais ;

Par ces motifs :

Sans s'arrêter aux offres faites par le défendeur, lesquelles ne sont pas suffisantes,

Condamne le défendeur à payer au demandeur pour les causes ci-dessus indiquées, la somme de 353 francs avec intérêts du jour de demande ;

Réserve à Le Bachellé tous ses droits et actions contre Maugery.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des médecins de la Sarthe.

CONSEIL SYNDICAL.

8 Juin 1893.

Présents : Tous les membres du bureau.

La correspondance comprend une lettre du Dr Cézilly, directeur du *Concours médical*, indiquant la marche à suivre pour le dépôt des statuts, conformément à la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels ; et une lettre de M. Rubillard, maire du Mans, qui met à la disposition du Syndicat médical, la salle des répartiteurs à la mairie, pour les réunions de bureau, et la salle du Conseil municipal pour les réunions générales.

Le bureau se met ensuite d'accord sur la circulaire à adresser, en même temps que les statuts et la liste des adhérents, à tous les médecins de la Sarthe.

Conseil Syndical.

31 août 1893.

Présents : MM. De Paoli, Ledrain, Bolognesi et Vincent.

Excusé : M. Mélisson.

Le secrétaire communique cinq nouvelles adhésions qui portent à 43 le nombre des membres du Syndicat ; ce sont celles de MM. les Drs Breteau (*Bouloire*) ; Fouchard (*Le Mans*) ; Mauvais (*La Flèche*) ; Michel (*Courdemanche*) ; Rondeau (*Econmoy*).

Conformément à la loi, quatre exemplaires des statuts du Syndicat, et quatre listes des membres composant le bureau, ont été déposés aujourd'hui à la mairie du Mans.

Le président donne lecture de la lettre circulaire du président de l'Union des syndicats, appelant l'attention du corps médical sur les points suivants :

1° Loi sur l'exercice de la pharmacie ;
2° Admission dans les hôpitaux des malades non indigents ;
3° Sociétés de secours mutuels ;
4° Service militaire des étudiants.

Le président informe le bureau qu'il a adressé, au Conseil général de la Sarthe, une lettre signée de lui et du secrétaire, lui demandant d'adopter le vœu formulé par l'Union des syndicats sur le service militaire des étudiants en médecine.

Le président entretient ensuite le bureau d'un différend avec le directeur d'une compagnie d'assurance contre les accidents, relativement au prix des certificats médicaux exigés par cette compagnie.

Cette question sera soumise à l'assemblée générale.

Assemblée générale annuelle.

12 octobre 1893.

Présents : MM. Bidon, Blondeau, Boeteau, Bolognesi, Chevallier, Codet, Delagenière, Drouin, Fouchard, Garnier, Godard, De Laborie, Ledrain, Leuillieux, Mélisson, Moreau, Obet, De Paoli, Peltier, Persy, Salomon, Touchard, Vincent.

Excusés : MM. Mascarel, Mauvais, Michel et Tuvache.

Les procès-verbaux de la réunion générale du 25 mai 1893 et des séances particulières du bureau sont lus et adoptés.

Cinq nouvelles adhésions se sont produites qui portent à 48 le nombre des membres du syndicat. Ce sont celles de MM. les Drs Blondeau (*Mamers*) ; Bruneau (*René*) ; Coupé (*La Ferté*) ; Drouin (*Beaumont*) ; Godard (*Mamers*).

Les confrères adhérents depuis la réunion générale du 25 mai sont admis à l'unanimité.

Adhésion à l'Union.

L'assemblée vote, à l'unanimité, l'adhésion à l'Union des syndicats médicaux de France, à compter du 1er Janvier 1894, et nomme comme délégué M. De Paoli, avec mission de la représenter aux réunions générales de l'Union.

Service militaire des Etudiants en médecine.

L'assemblée approuve le vœu présenté par le président et le secrétaire, au Conseil général de la Sarthe, sur le service militaire des étudiants en médecine. Ce vœu a été adopté par cette assemblée.

Admission des malades aisés dans les Hôpitaux.

Après discussion, le Syndicat se range au vœu suivant :

Les hôpitaux ne doivent ouvrir leurs portes qu'aux indigents.

Tout malade payant son séjour à l'hôpital doit des honoraires au médecin.

Loi sur la Pharmacie.

Après examen de la loi sur la pharmacie votée par la Chambre des Députés, le Syndicat adopte la rédaction suivante proposée par le Dr Gassot pour l'article 11 :

Article 11. — *Les médecins établis dans les communes où il n'y a pas de pharmacien peuvent fournir des médicaments aux malades auxquels ils donnent leurs soins et dont le domicile est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.*

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à délivrer sur place certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique et dans les circonstances prévues par le même règlement.

En ce qui concerne l'article 12, le Syndicat en demande la suppression ou bien alors le droit pour le médecin de fournir des médicaments à tous ses malades.

Rapports à établir avec la Cie d'Assurance contre les accidents « La Mutuelle Générale française ».

Après une longue discussion, les membres du Syndicat adoptent la proposition suivante :

Tout certificat délivré pour constater l'origine de la blessure, ou l'état du blessé en traitement, ou la guérison, sera payé **5 francs**.

Le déplacement pour constatation hors de la résidence sera payé en plus, d'après le tarif habituel.

Le Secrétaire :
Dr Ledrain.

REPORTAGE MÉDICAL

L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 1er et 2 avril prochains, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 1er avril 1894 : 1° allocution du président ; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Philbert, membre du Conseil général ; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1893, par M. Lereboullet, secrétaire général ; 5° élection de deux vice-présidents, en remplacement de MM. Peter, décédé, et Larrey, démissionnaire ; 6° présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association ; renouvellement partiel du Conseil général ; Renouvellement partiel du Conseil :

Ordre du jour de la séance du lundi 2 avril 1894 : 1° vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° approbation des comptes du trésorier

par l'assemblée générale; 3° deuxième partie du rapport de M. Motct sur les pensions viagères : — discussion et vote des propositions ; 4° rapport de M. Worms, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1895, et sur les vœux pris en considération par la dernière assemblée générale.

— *Banquet offert par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle aux membres de la conférence sanitaire.* — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle a offert, à l'hôtel Continental, un banquet aux membres de la conférence sanitaire internationale. M. le docteur Pinard présidait, entouré des délégués de la Turquie et de l'Autriche-Hongrie. On remarquait, en outre, la présence de MM. Barrère, ministre de France à Munich, président de la conférence ; Ch. Monod, directeur général de l'Assistance publique ; Georges Berger et Trélat, députés, et des docteurs Brouardel, Napias, Rochard, Proust, Vérillon, Nocard, Bertillon, du Mesnil, Martin, etc.

Au dessert, le Dr Pinard a porté un toast aux souverains et chefs d'Etat étrangers si brillamment représentés à la conférence. Le délégué de la Turquie a répondu en buvant « à M. Carnot, le chef de la grande et généreuse nation où les délégués reçoivent la plus cordiale hospitalité ».

M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a levé son verre à l'union de la diplomatie et de la science, et M. le docteur Napias, secrétaire général de la Société, a porté un toast aux Sociétés de médecine d'hygiène de l'étranger et à leur constante prospérité.

Enfin, M. Pagliani, délégué italien, a exprimé ses vœux en faveur des succès de la Société de médecine publique française.

— Dimanche a eu lieu l'Assemblée générale de l'Association mutuelle de la Seine (Société Lagoguey) sous la présidence du Dr *Kuff*, en l'absence de M. *Rondeau*.

L'Association a recruté 58 nouveaux adhérents. Elle a 110 mille francs en caisse et a payé, en 1893 10.000 fr. d'indemnités.

Elle a abaissé à 40 ans la limite d'âge d'entrée. Un droit d'entrée de 1 fr. par année d'âge, est imposé aux nouveaux adhérents.

L'*Association amicale d'indemnité en cas de maladie*, qui peut admettre les médecins jusqu'à 65 ans, complète l'œuvre de la Société Lagoguey. Tous les confrères qui désirent en faire partie, peuvent nous adresser leurs demandes de renseignements. D'ailleurs le fonctionnement de l'Association amicale reçoit tous les médecins de France, ce que ne peut faire la Société de secours-mutuels Lagoguey, limitée au département de la Seine.

— Nous apprenons la mort de M. le Dr Auguste *Ollivier*, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chevalier de la Légion d'honneur.

Il nous est impossible ici de citer tous ses nombreux travaux Signalons seulement : un volume remarquable intitulé : *Etudes de pathologie et de clinique médicales* (1887) ; — ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* (1889) ; — ses *Etudes d'hygiène publique*, en quatre séries, dont la dernière date de 1893 ; — ses recherches en collaboration avec Ranvier, sur la *Physiologie* et la *pathologie du cervelet*, l'*albuminurie saturnine*, le *pemphigus* des *nouveau-nés*.

— *Encore une victime du devoir.* — Un jeune externe de l'hôpital de la Pitié de Paris, M. Henri-Charles-Sylvestre Hérisson, fils d'un ancien député de la Nièvre et dont l'oncle, feu M. Hérisson, fut ministre des Travaux publics, avait à soigner la semaine dernière dans son service un malade atteint de diphtérie.

Il contracta le germe de la terrible maladie. Jeudi, l'angine se déclarait et lundi matin l'infortuné a succombé.

Les obsèques de cette nouvelle victime du devoir auront lieu dans la Nièvre.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3880. — M. le docteur MARCHAIS, de Carhaix (Finistère) membre du Syndicat de Brest.

N° 3881. — M. le docteur HARDY, de Vertou (Loire-Inférieure), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure.

N° 3882. — M. le docteur DESCOINGS, de Beaulieu par Saint-Lambert du Lattay (Maine-et-Loire), membre de l'Association des médecins du Maine-et-Loire.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Le « Gros mal » du moyen-âge et la syphilis actuelle, par le Dr F. BURET. In-16 de 320 pages, avec une gravure du XVe siècle et une préface de M. LANCEREAUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, etc. Envoi franco contre un mandat-poste de 4 francs.

Dans ce volume l'ancienneté de la syphilis est absolument démontrée : s'il existait encore un doute, celui-ci n'est plus possible dès qu'on a lu les textes — tous traduits — des auteurs du moyen-âge qui écrivaient, soit en latin, soit en vieux français.

Dans une seconde partie, qui traite des *Temps modernes*, le Dr Buret passe en revue tous les auteurs remarquables qui ont écrit sur la syphilis depuis 400 ans.

L'auteur n'a pas oublié le côté pratique, car, après avoir résumé toutes les méthodes de traitement en usage depuis le XVe siècle, il a donné un exposé très clair des dernières découvertes thérapeutiques.

Précis élémentaire d'hygiène pratique, rédigé conformément aux nouveaux programmes de l'enseignement, par E. MONIN, secrétaire de la Société française d'hygiène et DUBOUSQUET-LABORDERIE, inspecteur des Ecoles de la Seine, 1893. — Prix : 6 fr. Net, 4 fr. 80 franco.

Le Précis élémentaire d'hygiène pratique de MM. les docteurs E. Monin et Dubousquet-Laborderie répond étroitement aux nouveaux programmes de l'enseignement.

On ne saurait faire à proprement parler l'analyse de ce livre, car il s'agit déjà d'un résumé remarquablement net et concis des matières si vastes qui constituent aujourd'hui le domaine de l'hygiène. Les noms des auteurs suffiront à en indiquer tout le mérite : d'une part, c'est le Dr E. Monin, dont la plume savante sait traiter les matières les plus ardues avec le charme du style et de la forme la plus littéraire ; d'autre part, M. Dubousquet-Laborderie, l'Inspecteur dévoué des Ecoles de la Seine, médecin-délégué des épidémies, etc.

Le succès de leur ouvrage est d'avance certain et sera considérable, ce dont nous les félicitons d'avance, car l'œuvre est importante et utile.

M. N.

Le Directeur-Gérant : A. GEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 12 24 Mars 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La fièvre typhoïde. Prophylaxie.

L'épidémie de fièvre typhoïde de Paris est restée en pleine croissance jusqu'au 15 mars, on peut en juger facilement par le tableau statistique suivant :

21 février	79 malades.
25 février	157 malades.
1er mars	333 malades.
5 mars	466 malades.
6 mars	477 malades.
7 mars	489 malades.
8 mars	503 malades.
9 mars	508 malades.
10 mars	520 malades.
11 mars	514 malades.
12 mars	515 malades.
13 mars	588 malades.

Les causes de l'épidémie sont, comme il arrive souvent, fort difficiles à préciser, d'autant que les bactériologistes ne sont pas d'accord sur la véritable pathogénie de la fièvre typhoïde : les uns, les plus nombreux, considèrent le bacille d'Eberth comme un microbe spécifique ; pour eux, la fièvre typhoïde ne peut naître que de la fièvre typhoïde. Les autres ne voient dans le bacille d'Eberth qu'une variété du bacille du côlon ; la fièvre typhoïde serait comparable à l'érysipèle ou à la pneumonie ; ce serait une maladie spontanée, au sens qu'on attribue aujourd'hui à ce mot ; elle pourrait se développer quand vient à faiblir la résistance de l'organisme. Le surmenage, l'encombrement, la misère, les excès suffiraient à rendre pathogène un hôte jusque-là inoffensif.

Quelle qu'ait été son origine, la maladie peut se transmettre par contagion : contagion directe au contact du malade ; indirecte par les vêtements ; lointaine par le *vent*, le *sol*, l'*eau*.

Si l'on admet que c'est le bacille d'Eberth qui provoque la maladie, le typhique seul sera cause de contagion ; seul il excrétera des matières virulentes ; dans l'hypothèse inverse, les matières fécales, dans un grand nombre de cas, contiendraient des germes assez actifs pour engendrer la maladie.

On conçoit l'importance de la doctrine au point de vue hygiénique. Suivant la conception qui prévaudra, on devra proscrire les eaux chargées du germe typhique, ou étendre la suspicion à celles que contamine le bacille du côlon. Dans l'état actuel de la science, mieux vaut prendre des précautions excessives et rejeter ou stériliser les eaux riches en germes, même quand ceux-ci ne présentent pas les caractères assignés au bacille d'Eberth (Roger).

Quoi qu'il en soit de l'origine, les précautions hygiéniques doivent être minutieuses et nous reproduisons ici les règles que conseille la *Presse médicale*.

A. *Alimentation et toilette*. — Eviter la contamination par l'eau suspecte, sous quelque forme qu'elle soit employée ; n'absorber, soit par la bouche, soit en lavement, que de l'eau bouillie au préalable pendant dix minutes.

Se méfier en particulier du lait, si fréquemment coupé avec une eau qui peut être contaminée.

Eviter les légumes crus ou insuffisamment cuits.

Se méfier également des poissons d'eau douce, cuits d'une manière incomplète et souvent aussi non vidés (fritures de Seine).

Employer, pour la toilette de la bouche, du visage et de la barbe, une eau bien stérilisée (eau bouillie ou solutions antiseptiques).

B. *Water-closets et conduites pouvant commu-*

niquer avec les égouts. — Surveiller la propreté absolue et le bon fonctionnement des siphons ou des soupapes de ces conduites. Verser au besoin, après chaque selle, un verre de liquide antiseptique (solution de sulfate de fer à 5 pour 100).

Assurer l'aération des water-closets. Entretenir soigneusement la fermeture hydraulique des éviers.

C. *Appartement contaminé par un typhique.* — L'hygiène exige tout d'abord que le malade soit isolé, dans une pièce bien aérée, où ne devront pénétrer ni les enfants, ni les adolescents, car eur âge les expose spécialement aux effets nocifs d'un contact fortuit avec les linges ou objets souillés par les déjections du malade.

La toilette du corps du malade doit être faite fréquemment et d'une manière spéciale après chaque selle, volontaire ou non. Ces lavages se feront avec un liquide antiseptique (solution de sublimé à 0,25 p. 1000, additionnée d'un gramme d'acide tartrique ou de chlorure de sodium).

Les matières fécales doivent être enlevées dans un récipient contenant deux verres de la solution antiseptique.

Les linges contaminés seront déposés dans un récipient spécial, non métallique, contenant une notable quantité de la solution antiseptique précitée, et demeureront dans la pièce. Ils n'en sortiront que pour être soumis à l'ébullition, pendant un quart d'heure, avant d'être envoyés au blanchissage ou mieux à l'étuve.

La maladie une fois terminée, l'appartement doit être livré à la désinfection.

D. *Toute personne donnant ses soins au malade doit :*

1° En entrant dans la chambre, mettre pardessus ses vêtements une blouse fermant aux poignets, facile à désinfecter, et qui sera quittée au sortir de la pièce ;

2° Après *chaque contact* du malade ou des linges souillés, laver ses mains avec la brosse à ongles, dans la solution antiseptique déjà mentionnée ;

3° Ne faire aucune autre toilette dans cette pièce et se garder d'y prendre aucun aliment, ni aucune boisson.

E. *Précautions individuelles en cas de malaise.* — En temps d'épidémie, surveiller tout spécialement les fonctions digestives. Eviter la constipation (qui favorise le séjour des germes pathogènes accidentellement introduits dans l'intestin), sans toutefois abuser des purgatifs répétés, trop irritants, et notamment des purgations salines, qui sont suivies de constipation.

Au moindre soupçon d'embarras gastrique, exiger le repos, imposer la diète lactée, et prendre matin et soir la température rectale.

En cas d'épistaxie fébrile, agir dès lors comme si l'on se trouvait en présence d'un début de fièvre typhoïde.

La cirrhose atrophique du foie n'est pas toujours d'origine alcoolique.

Beaucoup de praticiens ont le tort de croire que la cirrhose atrophique du foie est toujours d'origine alcoolique. Dans un récent article, le Dr *Létienne* rappelle que c'est une erreur parfaitement injustifiée, d'autant que le premier auteur qui ait décrit la cirrhose atrophique, Laënnec, n'eut jamais l'idée de la rapporter à l'alcoolisme.

Aujourd'hui on reconnaît généralement que l'influence de l'alcool sur le foie peut déterminer une forme hypertrophique de la cirrhose et une forme atrophique, sans que fatalement la seconde soit l'aboutissant de la première, comme le voulaient la plupart des auteurs avant la démonstration qu'ont donnée de ce fait MM. Hanot et Gilbert. Aussi les traités classiques n'étudient-ils plus la cirrhose atrophique seule et la présentent-ils comme un cas très fréquent, mais particulier parmi les cirrhoses alcooliques.

L'alcool est-il nécessaire à l'établissement de la cirrhose atrophique ? Est-il suffisant pour la créer à lui seul ?

Non évidemment.

« On est loin, par l'expérimentation, de pouvoir reproduire la cirrhose atrophique de Laën-

---

FEUILLETON

Un savant.

Comme le dit l'immortel Bilboquet, dans ses Mémoires : « Les hommes et les choses jouissent, en France, d'une réputation qui s'accroît en raison directe de la distance qu'ils ont parcourue pour arriver dans nos contrées. »

C'est surtout en médecine qu'il est bon, pour faire son chemin à Paris, de n'être pas Français, et aussi de ne pas exhiber un diplôme régulièrement obtenu dans nos Ecoles. Un médecin qui arriverait de la *Mandchourie*, du pays des *Botocudos* ou de ces fameux *Oreillons* dont il est question dans *Candide*, aurait beaucoup plus de chance de réussir, parmi nous, que l'interne le plus couronné, le plus médaillé de la Faculté, pourvu qu'à un nom bizarre, impossible à prononcer, il joignît un fort aplomb et une brochette de croix suffisamment garnie.

Et le même Bilboquet, à l'appui de sa proposition, cite l'exemple d'un docteur serbe, qui eut, en quelques mois un renom considérable, dû à cette seule circonstance que, ni lui, ni son entourage ne savaient un mot de français.

Il écoutait, dans le plus profond silence, d'un air très attentif, ce que lui disaient les malades qui venaient le consulter. Puis il appelait sa femme, une imposante personne, et lui adressait quelques mots en serbe.

Celle-ci les traduisait, en russe, à la femme de chambre ;

La femme de chambre les redisait, en polonais, au cuisinier ;

Le cuisinier les transmettait, en allemand, au concierge ;

Le concierge les répétait, en alsacien, au pharmacien ;

Lequel pharmacien exécutait, autant que possible, l'ordonnance en français, comprenant, avant tout, qu'il fallait, pour assurer l'efficacité du remède, le faire payer très cher et le présenter dans une petite boîte fort coquette, soigneusement enveloppée, ficelée et cachetée de cire rouge.

Sans doute, M. Bouscatel connaissait ce précédent quand il eut l'audace, il y a cinq ou six mois, de venir s'installer en plein boulevard, avec un loyer de 12,000 fr., et d'ouvrir là un cabinet de consultations. Sentant le grave inconvénient d'être né aux Batignolles, dans le Batignollais, son premier soin fut de changer de nationalité.

Il lui fallait choisir un lieu d'origine. Ce n'était pas chose aisée. Par ce temps de locomotives, de fils télégraphiques, voire même de bicyclettes, les

nec ; les résultats signalés par MM. Straus, Blocq, Rechter, sont les seuls qui en donnent l'ébauche et encore ne prétendent-ils point identifier la cirrhose naissante, embryonnaire, constatée chez les animaux avec les lésions du foie humain.

« Cela prouve bien que la cirrhose alcoolique, telle que nous la connaissons, n'est pas une affection simple, due seulement aux effets du poison ingéré sur les parois des vaisseaux qu'il traverse dans le parenchyme hépatique, et sur les cellules au niveau desquelles il se transforme. Quand nous coupons un foie cirrhotique, les lésions que nous voyons au microscope ne traduisent pas l'action de l'alcool sur les éléments du tissu. Elles sont l'effet de causes complexes. L'alcool y joue un rôle certain, mais l'infection ou la toxi-infection y impriment leur cachet. L'organe subit du fait de son imbibition alcoolique lente une dépréciation profonde : il supporte mal les infections, même banales qui l'assiègent constamment. Il arrive une période où il ne peut plus les supporter et il est finalement envahi par elles. »

Mais même dans le cas d'alcoolisme avéré, la lésion ne peut pas déterminer entièrement l'alcool. Il faut que des actions diverses d'infection, toxémie extra-éthylique, viennent s'ajouter à lui, et à un certain stade prendre complètement sa place.

« Si l'on voulait faire un essai de dénombrement des agents à pouvoir sclérogène lent cu rapide, on pourrait dès maintenant l'établir avec une assurance suffisante. La cirrhose saturnine (Potain, Laffite), la cirrhose tuberculeuse (Hanot et Gilbert), certaines cirrhoses aiguës, distinctes des ictères graves et dont les cas observés se multiplient, évoluent dans le sens atrophique sans que l'alcool puisse être incriminé comme cause productrice.

« Il est donc temps de ne plus prendre la cirrhose atrophique de Laennec comme synonyme de cirrhose alcoolique. Elle est le résultat de diverses influences, dont certaines nous sont connues. Elle offre un type uniforme de réaction du tissu hépatique vis-à-vis de causes altérantes très variées. Elle confirme cette notion de pathologie générale que les tissus n'ont que des moyens limités pour réagir contre des agents d'espèce différente, de nombre indéfini. »

MÉDECINE PRATIQUE

La fièvre typhoïde : diagnostic, pronostic et traitement.

Comme on peut le remarquer, nous choisissons généralement des sujets de pathologie courante classique et nous nous plaisons à traiter de grosses questions que tout le monde croit connaître d'avance, et qui cependant méritent d'être revues souvent et bien tenues au courant, par cela même qu'elles sont vulgaires. Les affections rares sont des curiosités : il est permis de les ignorer, au moins en partie. Les maladies courantes de la pratique, il faut les posséder à fond ; on serait impardonnable de les négliger. Aujourd'hui, nous reprenons une question, qui a déjà fait le sujet de multiples articles, mais qui est en somme toujours d'actualité, surtout à Paris, en ce moment.

I.

Diagnostic.

Les cliniciens ont de tout temps reconnu la difficulté du diagnostic de la fièvre typhoïde, au moins au début. Les symptômes sont à ce moment communs à bien des maladies, et chercher à trouver à l'un ou à l'autre une petite différence en plus ou en moins, nous paraît être une subtilité sans valeur.

Les signes, en quelque sorte, pathognomoniques, qui manquent totalement au début, sont : les ascensions régulièrement progressives de la température, puis, la période d'état, sans détente de la température (plateau), la période d'oscillations, enfin la chute progressive en lysis ; les taches rosées lenticulaires, la diarrhée jaune d'ocre, un état d'abattement général très prononcé.

---

distances sont si bien rapprochées, que beaucoup de régions qui jouissaient, il y a quelque vingt ans, d'un certain prestige, sont aujourd'hui démodées, discréditées, assimilées à de simples communes suburbaines.

M. Bouscatel, voulant faire peau neuve, à tous égards, rêvait quelque chose de neuf, d'absolument inédit. Il se mit la tête entre les mains ; il déploya des cartes, piocha sa mappemonde et en fin de compte, il posa le doigt sur le Béloutchistan.

Le Béloutchistan, contrée mystérieuse, dont il n'avait qu'une idée très vague, d'où il lui paraissait bien improbable qu'il pût lui venir un concurrent.

En conséquence, il commanda chez un graveur trois ou quatre milliers de cartes de visite sur lesquelles il fit graver ces mots :

Docteur Pit-chit-Chin

De la Faculté de Kievehk (Béloutchistan)

Membre de toutes les académies

Traitement garanti des maladies du larynx et autres

Naturellement, aussi, le savantissime professeur répandit, dans le public, des prospectus, qui démontraient la supériorité incontestée de sa méthode. Il garantissait la guérison dans les vingt-quatre heures de toutes les affections des cordes vocales. Vous arriviez chez lui, toussotant, enroué, vous en sortiez avec une voix de ténor ou de basse-taille à votre choix.

Les clients affluèrent, les clientes aussi, naturellement. Le docteur avait trouvé plus pratique et plus expéditif de supprimer les médicaments. Pourquoi partager avec un pharmacien les bénéfices qu'il pouvait si bien se réserver à lui tout seul ? Mais il soumettait ses malades à des épreuves variées.

Aux uns il encapuchonnait la tête et, les plaçant le nez au-dessus d'une sorte de marmite, leur recommandait d'aspirer fortement d'âcres vapeurs ; aux autres il enjoignait de faire, plusieurs fois par jour, le tour de son salon à cloche-pied, les bras levés en l'air.

Il obligea même un baryton d'un théâtre de province, à chanter des romances et des barcarolles en se tenant à quatre pattes ; il assurait que cette posture était souveraine pour le développement de la voix et l'assouplissement des cordes vocales.

Le croirait-on ? neuf fois sur dix, ces traitements bizarres réussissaient. Du moins les clients étaient enchantés, et racontaient partout les cures merveilleuses, dont ils avaient été témoins. Pourtant, dans quelques cas graves, il y eut des déceptions : deux neveux perdirent leur bon oncle ; un mari devint veuf, fort inopinément ; quelques catarrheux, au lieu d'inhaler les vapeurs de la fameuse marmite,

Tout cela ne peut être vraiment constaté pendant les six ou huit premiers jours. Les symptômes observés sont vagues, et peuvent être attribués à tout autre maladie. La céphalalgie, la courbature, les frissons légers, les nausées et vomissements, la diarrhée, sont des signes communs à l'*embarras gastro-intestinal* simple, à *la grippe*, à *la gastro-entérite par intoxication* à forme subaiguë, *aux fièvres de suppuration*, à toutes les maladies abdominales et pelviennes. Bien des affections générales peuvent aussi en imposer pour la fièvre typhoïde.

Une discussion à propos de chacune n'aurait aucun intérêt et nous nous contenterons d'insister sur les trois maladies qui nous paraissent les plus faciles à confondre avec la fièvre typhoïde : l'*ostéomyélite aiguë des adolescents, la grippe* et *la tuberculose aiguë*.

L'ostéomyélite aiguë est souvent fort malaisée à reconnaître avant l'apparition des phénomènes locaux. Une observation de quelques jours est nécessaire avant de formuler un diagnostic précis. L'exploration directe des membres et des os en particulier est souvent sans valeur parce qu'on procède trop brusquement et que le malade pousse des cris de douleur quand on le touche un peu fortement en n'importe quel point du corps, aussi bien dans la fièvre typhoïde que dans l'ostéomyélite.

Un premier point à noter est donc la nécessité d'une exploration douce, lente, méthodique, sans brusquerie de chaque os principal (fémurs, tibias, humérus, radius, côtes, os iliaques). Le second point important est l'étude de la température. Le tracé thermométrique est en plateau dans la fièvre typhoïde au 1er septénaire ; il est irrégulier et à maximum vespéral dès le premier septénaire de l'ostéomyélite. Tous les autres symptômes sont communs aux deux maladies. Nous ne parlons pas des commémoratifs et des périodes d'épidémies, qui certainement, peuvent aider singulièrement le diagnostic.

La grippe infectieuse typhoïde simule absolument la fièvre typhoïde au point qu'il est des cas où le diagnostic est impossible. Le tracé thermométrique est encore le premier point à examiner. Dans la grippe, les rémittences sont toujours assez grandes le matin et les oscillations sont, pour ainsi dire de règle dès le début de la maladie.

Il y a parfois plutôt de la constipation dans la grippe et les selles ne sont pas jaunes, ocreuses. On n'observe presque jamais de taches rosées lenticulaires dans la grippe et l'abdomen est également douloureux dans la fosse iliaque gauche et dans la fosse iliaque droite. Quant aux complications pulmonaires, à l'albuminurie, aux phénomènes ataxo-adynamiques, ils peuvent être semblables dans les deux maladies. La durée n'est cependant pas la même, la grippe ayant une allure assez irrégulière, tantôt plus longue, tantôt plus courte que la fièvre typhoïde ; bien entendu, nous parlons d'une fièvre typhoïde sans grandes complications.

Il est certain que la grippe ne donne pas lieu à des hémorrhagies intestinales, ni à des perforations. Dans les formes moyennes de la fièvre typhoïde, la confusion peut être presqu'absolument inévitable et dans ce cas, il vaut mieux opiner pour la maladie la plus dangereuse, au risque de se tromper, car les précautions seront toujours mieux prises.

La tuberculose aiguë est souvent l'affection qu'on a le plus de peine à différencier d'une fièvre typhoïde. Les symptômes distinctifs classiques sont malheureusement trop artificiels et le renversement du type de la fièvre, l'hyperesthésie cutanée, l'intensité des phénomènes méningitiques n'ont réellement aucune valeur pour le clinicien au lit du malade.

Le début peut être insidieux, comme celui de la fièvre typhoïde, la température peut être élevée et continue le matin comme le soir ; il peut y avoir des taches rosées, de la douleur dans la fosse iliaque droite, de la diarrhée ocreuse, en un mot, analogie complète des deux maladies. En réalité, ce ne sera donc qu'après le 2e septénaire, quand on verra que la fièvre persiste et que la détente ne survient pas, qu'on pourra être à peu près sûr de l'existence d'une granulie et non d'une dothiénentérie.

Je sais bien qu'heureusement, tous les cas ne sont pas d'une égale difficulté, que beaucoup de

---

exhalèrent maladroitement leur pauvre âme, mais ils laissaient des héritiers qui ne songèrent pas à récriminer. Il y avait eu maldonne, comme au piquet, voilà tout.

De sorte que le grand docteur aurait pu continuer longtemps et sans protestations aucunes, son très lucratif sacerdoce, s'il n'avait pas eu l'imprudence de jouer avec une existence précieuse entre toutes et vraiment chère à la personne qui la lui confiait.

Une veille marquise avait un roquet ; — ce roquet lui inspirait de vives inquiétudes. Il n'aboyait plus ; il semblait qu'il fût devenu complètement aphone. « Pauvre chéri ! disait la marquise. Pourquoi ne veut-il plus me parler ? Lui qui causait si bien, avec une si jolie voix, la vraie voix d'or ! »

Quelqu'un, voyant le désespoir de la grande dame, lui conseilla de conduire le toutou chez l'illustre spécialiste Pit-chit-chin. Le docteur fit d'abord quelques difficultés pour se charger de cette guérison. Etait-il bien de sa dignité qu'il soignât une bête à quatre pattes ? Mais des arguments, de nature tangible, triomphèrent de sa résistance.

Il ausculta l'animal, lui examina la langue, les oreilles, et finalement lui administra, par une voie détournée, une petite potion verdâtre. Cette fois, ah ! il faut le reconnaître, l'effet fut instantané ; le roquet aboya, mais il trépassa tout aussitôt.

La marquise commença par s'évanouir, ce qui n'était rien ; elle traita le docteur d'assassin, de bourreau, ce qui était peu de chose. Mais le lendemain et les jours suivants, elle alla répandre partout le flot de ses doléances indignées.

Elle fit mieux : elle déposa une plainte entre les mains du procureur de la République et l'appuya avec tant d'acharnement, qu'une instruction fut ouverte.

Du roquet, bien entendu, on ne s'occupa guère, mais les renseignements recueillis d'autre part déterminèrent le parquet à poursuivre le docteur Pit-chit-chin, devant le tribunal correctionnel, pour exercice illégal de la médecine.

L'affaire est venue il y a trois semaines à l'audience et c'est alors que s'est produit un incident absolument inattendu, bien fait pour inspirer, à un moraliste, les plus amères réflexions.

Nous reproduisons, sans commentaires, l'interrogatoire du prévenu :

D. Vous vous appelez Bouscatel, de votre vrai nom ; vous vous dites diplômé de la Faculté de Kievehk. — Cette Faculté n'existe pas. — Vous faites le tort le plus grave aux médecins de votre quartier, — vous avez à vous seul plus de clients qu'eux tous réunis, — vous usez de tous les procédés pour inspirer confiance à vos malades et pour leur persuader que vous avez découvert certains secrets de guérison, que la science ne possède pas.

granulies ont une prédominance pulmonaire ou méningitique ; il est clair que ces cas seront diagnostiquables plus tôt. Souvent, la température est plus forte le matin que le soir ; certes alors il n'y pas de confusion possible. Il y a aussi dans la granulie quelques particularités à signaler. Dans la granulie, on observe des complications pulmonaires, qui peuvent être très intenses, mais surtout des complications pleurales, des pleurésies avec épanchement modéré, quelquefois doubles ; on voit aussi des troubles méningés très accentués, de l'inégalité pupillaire, des irrégularités du pouls, des convulsions partielles unilatérales, des otites aiguës précoces, enfin de la tuberculose buccolinguale.

En général, quand on hésite et qu'aucun symptôme ne permet de se prononcer catégoriquement il vaut mieux opiner pour la fièvre typhoïde, puisque c'est la seule chance de salut qu'ait le malade, la granulie ne se terminant jamais favorablement.

II

Pronostic.

Un des plus difficiles pronostics à porter est celui de la fièvre typhoïde, M. le Dr *Letulle*, de Paris, qui a malheureusement plus qu'aucun autre la triste expérience de cette difficile question, puisqu'il a vu succomber sa propre femme à cette terrible maladie, vient de nous donner un magistral résumé du pronostic de la fièvre typhoïde (1), dont nous allons emprunter quelques passages.

Les phénomènes ataxiques ou ataxo-adynamiques sont très redoutables, quelle que soit leur heure d'apparition. Les fièvres typhoïdes malignes, presque inévitablement mortelles dès le premier septénaire, peuvent être insidieuses à leur début. Un signe cependant qui ne manque pour ainsi dire jamais dès les premières heures de la période d'état, c'est l'hyperthermie : *la température rectale règle le pronostic d'une fièvre typhoïde à son début*. Aussi l'universalité des médecins proclame la nécessité de l'emploi du thermomètre dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Le pronostic ne saurait non plus s'établir en l'absence d'une courbe thermométrique rigoureusement exacte, telle que celle fournie par la température rectale ou vaginale, la thermométrie axillaire étant trop défectueuse.

Il faut en dire autant à propos du pouls, qui représente un des éléments les plus précieux du pronostic chez un typhique. Tant que le pouls n'est pas trop rapide, qu'il ne dépasse pas 100-112 pulsations, qu'il est régulier, égal, ample, dépressible, dicrote, le cœur est bon et par conséquent la lutte engagée par l'organisme contre l'infection abdominale se continue normalement. Alors même que la température frôlerait les hauteurs menaçantes de 40°,5, 40°,8, le pouls calme est rassurant. Les tracés parallèles du pouls et de la température sont les deux éléments régulateurs du pronostic : leur établissement sauvegarde la sécurité du médecin traitant.

Les formes malignes de la fièvre typhoïde, à peu près régulièrement mortelles, ne durent guère au delà du dixième jour. Quant aux formes moyennes, pour porter un pronostic, il faut connaître un peu le terrain, c'est-à-dire les antécédents pathologiques du sujet. Tout ancien dyspeptique, tout brightique, tout emphysémateux et surtout peut-être tout malade atteint d'une affection du foie, est plus particulièrement exposé à des complications secondaires, lorsqu'il contracte une fièvre typhoïde même relativement bénigne.

De plus, la fièvre typhoïde est généralement d'autant plus dangereuse qu'elle frappe un sujet plus âgé. Enfin elle est particulièrement grave dans la grossesse. Elle interrompt celle-ci, dans la proportion des deux tiers des cas (6 à 8 sur 10 d'après Mueller).

Le chiffre de mortalité des mères est de 10 p. 100 en moyenne, d'après Tarnier et Budin.

Tout symptôme prédominant, à la période d'état, est l'indice d'une complication et noircit le pronostic : la petitesse du pouls, l'albuminurie abondante, le météorisme excessif, la congestion broncho-pulmonaire extrême (réclamant parfois l'action

(1) *Presse médicale*, 1894, n° 11.

R. Tout cela est exact.

D. Alors, qu'avez-vous à dire pour votre défense ?

R. Monsieur le président, j'hésite beaucoup à parler. Pourtant je puis vous faire une communication qui mettrait fin immédiatement à cette poursuite.

D. Expliquez-vous.

R. J'ai là, dans ma poche, un document que je crois décisif. Puis-je obtenir que M. le président en prenne connaissance, sans le lire à haute voix.

D. Le tribunal n'a pas d'engagements à prendre à votre égard.

R. Alors, c'est ma ruine que je vais consommer. Mais tant pis ! Je ne puis supporter l'idée d'être condamné comme un malfaiteur.

Le prévenu fait passer à M. le président un parchemin plié en quatre. Le croirait-on ? c'est un diplôme de docteur en médecine, de la Faculté de Paris, diplôme parfaitement en régle, qui est bien au nom de Bouscatel.

D. Comment ! vous êtes reçu médecin ! Pourquoi alors ne vous servez-vous pas de votre diplôme ?

R. Mon histoire est bien simple. Pendant cinq ans, j'ai honorablement exercé ma profession ; mais je mourais de faim. Je voyais disparaître un à un mes clients ; ils se plaignaient de ce que je ne les droguais pas assez : ils discutaient mes ordonnances : la plupart se croyaient beaucoup plus forts que moi. Cela aurait pu durer longtemps. Un jour je me suis dit :

« Voyons, c'est évidemment mon diplôme qui me gêne pour réussir. Si je ne l'avais pas, on aurait confiance en moi. Tout le monde, aujourd'hui, peut faire de la médecine, hormis les médecins. » Alors j'ai mis mon diplôme dans ma poche ; je me suis donné comme empirique et j'ai gagné beaucoup d'argent.

Je dis : « J'ai gagné », car il est certain que c'est fini maintenant. Dès qu'on va savoir que je suis un vrai médecin, on aura de la défiance ; on ne se fera plus soigner par moi ; je vais recommencer à végéter. Mais je sacrifie mes intérêts pécuniaires à l'honneur de ma famille !

Que pouvait faire le tribunal, sinon renvoyer le professeur Pit-chit-chin, autrement dit le docteur Bouscatel, des fins de la plainte sans amende, ni dépens ?

Le prévenu a quitté l'audience la tête basse, en règle, il est vrai, avec la justice, mais humilié et se rendant parfaitement compte de la déchéance morale que la production de son diplôme lui avait fait encourir.

(*République Française*.)

d'une saignée abondante), tout devient grave alors, par cela même qu'une intervention thérapeutique nouvelle apparaît nécessaire. Ceci est surtout vrai pour les complications cardiaques décrites sous le nom de myocardite typhique : la mort survient souvent dans le collapsus et sans que le cœur ait pu se relever, bien que la caféine et l'éther aient été administrés à doses suffisamment élevées.

Quand on a dépassé le 15e jour, d'autres complications peuvent assombrir le pronostic : c'est d'abord, *l'hémorrhagie intestinale*.

« En principe, toute hémorrhagie intestinale survenant au moment de l'élimination des bourbillons du tissu réticulé de l'intestin grêle est une grave complication.

« Parfois, fort heureusement, une seule hémorrhagie, même suivie de quelques autres, peu abondantes, paraît interrompre la marche de la maladie et hâter le début de la convalescence. Ces cas favorables sont rares et n'empêchent pas la sévérité du pronostic de l'hémorrhagie.

« Les hémorrhagies répétées sont des plus graves, quelle que soit d'ailleurs leur cause ; qu'il s'agisse de la mise à nu d'un vaisseau sous-muqueux important, ou que l'état hémophilique du sang intoxiqué (état dans lequel les désordres fonctionnels et matériels du foie semblent jouer un rôle capital) soit en jeu, peu importe ; la mort est presque toujours la conséquence de ces accidents répétés. Elle peut survenir brusquement avec tous les signes de l'hémorrhagie interne ; elle peut être plus lente à se produire. *L'exacerbation de la température après les hémorrhagies comporte un pronostic presque nécessairement mortel*.

« La *perforation de l'intestin* est pour ainsi dire fatalement mortelle. Elle guérit bien quelquefois, mais les cas de guérison sont eux-mêmes discutables pour la plupart ; on est en droit de se demander, si l'on n'avait pas eu affaire à une *péritonite par propagation* sans perforation de l'intestin, complication grave, mais beaucoup moins redoutable.

« C'est surtout dans les formes légères, et principalement dans le typhus levissimus, que les malades font souvent debout, que la perforation de l'intestin est le plus à craindre. Il ne faut pas en inférer qu'il existe une forme perforante de la typhoïde ; les efforts répétés, l'alimentation surabondante suffisent, sans doute, à expliquer les désordres térébrants de l'intestin grêle.

« Dans les formes moyennes, lorsque l'heure de la défervescence est venue, au vingt ou vingt-cinquième jour, si la température ne tombe pas régulièrement, si le pouls est petit, le ventre ballonné, sensible surtout dans la fosse iliaque droite, la langue demeurant sale, ne se détergeant pas bien, il faut toujours craindre la perforation de l'intestin ; à plus forte raison, quand une hémorrhagie intestinale même légère s'est produite les jours précédents.

« Les formes légères de la maladie comportent elles-mêmes un pronostic réservé. La fréquence des rechutes est extrême dans ces cas abortifs ou très courts. *Toute fièvre typhoïde dont la courbe atteint la normale avant le seizième jour est suspecte pour ce qui est de la rechute*. La forme à rechute des auteurs est, en effet, si souvent abortive dans son premier accès, qu'il faut toujours penser à elle, en présence d'un typhus levissimus. Les rechutes, comme on sait, conservent leurs dangers, et le pronostic qu'on en peut porter est souvent des plus sérieux. Conséquence pratique, on doit toujours attendre, pour annoncer la convalescence, la chute de la température au-dessous de 37 degrés, et attendre encore huit à quinze jours, phase prodromique des rechutes, avant de se prononcer sur la guérison définitive.

« La convalescence de la fièvre typhoïde est, elle-même, parsemée d'embûches. La syncope mortelle, la mort subite arrive parfois, d'une manière si inopinée, alors que tout l'organisme semblait remis en bon état, qu'il faut, plus que dans toute autre maladie, prendre les précautions les plus invraisemblables. L'influence néfaste des émotions violentes, de l'alimentation surabondante, est trop connue pour qu'il faille insister.

Nous ne nous appesantirons pas sur la gravité du pronostic des complications secondaires de la fièvre typhoïde, bronchopneumonies, parotidites, otites, eschares, pleurésies, ostéo-périostites (Brun) phlébites, etc.

Mais même quand le malade est guéri, l'avenir est encore sombre la plupart du temps. Le cœur, les vaisseaux, le rein ont souvent été touchés dans l'intimité de leur substance. Quelques années plus tard, quelquefois très longtemps après, l'ancien typhique est devenu un cardiopathe, un artériel ou un brightique (Landouzy), et la cause unique de ces désordres remonte à la série des toxi-infections subies par son organisme, jadis, à l'heure de la dothiénentérie.

« Le pronostic éloigné de la fièvre typhoïde mérite donc d'être toujours présent, lui aussi, à l'esprit du praticien soucieux de l'avenir de ses malades. Le médecin devra toujours s'en inspirer dans l'examen du cœur ou des vaisseaux. Il se rappellera alors que la fièvre typhoïde réclame une large part, à côté du rhumatisme aigu, de la scarlatine et autres états infectieux, dans la pathogénie des altérations de l'appareil cardio-vasculaire. »

III

TRAITEMENT.

Y a-t-il un traitement spécifique de la fièvre typhoïde ? Non, pas plus que de la pneumonie, des bronchopneumonies, de la diphthérie. Il n'y a pas davantage de traitement systématique logique ; c'est pour cela que les méthodes qui prétendent être efficaces et sûres dans tous les cas, sont combattues et sévèrement critiquées par la majorité des médecins. Tel est le cas de la méthode de Brandt, qui, appliquée sans discernement est évidemment plus meurtrière que toutes les autres ou du moins aussi meurtrière. On ne peut donc pas formuler *le traitement* de toute fièvre typhoïde. D'énergiques moyens sont à notre disposition pour aider la lutte de l'organisme contre l'infection ; c'est à nous à savoir appliquer judicieusement chacun de ces moyens aux différents cas que nous avons sous les yeux. Les indications du traitement sont donc les véritables problèmes que tout bon clinicien doit résoudre. Il est important évidemment de ne pas se tromper, mais il ne faut pas non plus rester hésitant ; quand on institue telle ou telle méthode, il ne faut pas l'appliquer à demi, ce serait déplorable pour le malade.

Nous allons d'abord esquisser l'hygiène du malade dans chacune des formes de la fièvre typhoïde :

Forme légère : au début, un ou deux laxatifs légers. Chaque jour administrer un lavement d'eau additionnée de 2 cuillerées à café de coaltar ou de phénosalyl en solution à 25 %.

Proscrire les aliments solides. Donner toutes les 2 ou 3 heures alternativement du bon lait et du bouillon dégraissé.

Comme boisson, limonade vineuse, eau faiblement alcoolisée.

Forme moyenne ou grave : matin et soir laver la peau à l'eau vinaigrée. Lavement quotidien d'eau coaltarisée. Deux fois par jour, laver soigneusement la bouche et nettoyer les dents avec le mélange suivant :

Acide thymique..........	0,10 centigr.
Acide phénique..........	5 grammes.
Alcool de menthe.......	20 —
Eau distillée............	1.000 —

Alimenter le malade avec du lait, du bouillon, du jus de viande ou avec :

Jaunes d'œufs..........................	nº 2
Sirop simple..............................	30 gr.
Cognac.....................................	70
Eau de cannelle..........................	120

F. s. a.

Comme boisson, limonade commune ou limonade vineuse :

Sirop tartrique............................	60 gr.
Vin rouge..................................	250
Eau..	700

M. s. a.

Ou quand les selles deviennent très fétides la limonade salicylique :

Acide salicylique..................	0 gr. 50
Sirop de limons.....................	50
Eau..	1000

M. s. a.

Quant au traitement proprement dit, il doit consister en *purgatifs* salins légers, mais fréquents, en *antiseptiques intestinaux*, et en *toniques* abondants. Contre *l'hyperthermie*, le mieux est d'employer la *balnéation* systématique en surveillant attentivement le cœur contre *l'adynamie* ; on forcera les toniques et les frictions aromatiques excitantes.

D'ailleurs, voici quelques formules qui permettront de combattre presque tous les phénomènes infectieux et hyperthermiques :

Le meilleur purgatif au début est le *calomel*, qu'on administre :

Calomel....... 0 gr. 30 ; 0 gr. 60 ; 1 gr. 50

En 2 ou 3 prises.

Il forme d'ailleurs une petite quantité de sublimé dans le tube digestif, ce qui répond à l'indication de l'antisepsie intestinale. On complète cette indication de la manière suivante :

A. Diarrhée d'intensité moyenne :

Naphtol............................ 2 gr.

Divisez en 10 cachets, 1 cachet toutes les 3 heures

B. Diarrhée abondante :

Naphtol β. ou benzonaphtol .. } âà 3 gr.
Salicylate de bismuth .... }

M. et D. en 10 cachets.

Prendre un cachet tous les trois heures, en ayant soin de faire absorber du lait à la suite, pour éviter les brûlures d'estomac.

C. Constipation :

Naphtol β ou benzonaphtol... } âà 3 gr.
Salicylate de magnésie........ }

M. et D en 10 cachets

A prendre dans les 24 heures.

Chez l'enfant trop jeune pour avaler les cachets, on peut donner du *bétol*, ou du *benzonaphtol* en suspension dans du lait.

Par jour.......... 1 gramme

pour un enfant de deux à six ans.

Il est très important de changer matin et soir le malade de son lit : chaque fois il faut porter au dehors la literie, les draps, les oreillers, les couvertures, etc.

Chambre aérée : sa température ne dépassera pas 16°. Demi-jour, silence.

Ne pas laisser séjourner dans la chambre les excréments et l'urine.

En changeant le malade de lit, lui laver le visage, le cou, les avant-bras, les jambes avec de l'eau fraîche aromatisée avec de l'eau de Cologne ou du vinaigre de toilette.

1er septénaire, pas de médicaments ; lait et bouillon.

2e septénaire, dans les premiers jours, 1 cuillerée à café de Bordeaux, Malaga, Porto par demi-verre d'eau.

Dans les derniers jours, y ajouter un peu d'extrait mou de quinquina.

Comme toniques le vin de Champagne, la potion de Todd fortement alcoolisée sont les meilleures préparations à conseiller.

Quant à la technique de la balnéation froide, la voici :

On se sert d'une baignoire ordinaire, d'un mitonneau ou cuvelle, etc., en tout cas d'un récipient quelconque où le malade puisse être plongé dans l'eau jusqu'au cou et recevoir des aspersions froides sur la tête, sans que le liquide déborde.

L'eau du bain doit être aussi propre que possible et renouvelée toutes les fois qu'elle sera souillée. La température pour les cas ordinaires sera de 18° ; on débutera par 22° chez les sujets pusillanimes et on diminuera d'un degré à chaque bain, de façon à atteindre 18° au bout de 24 heures.

Tout préparé, le malade, après avoir uriné, entrera dans le bain et sera aspergé, une serviette ayant été préalablement roulée au-dessus du front, afin d'empêcher l'entrée de l'eau dans les yeux et les narines.

Pour l'affusion l'eau du bain ou de l'eau à 8° ou 10° est versée d'une faible hauteur sur la nuque au moyen d'un récipient à petite ouverture ; l'affusion dure 2 minutes et est renouvelée toutes les cinq minutes, au début, au milieu et à la fin du bain. Dès la première affusion, le malade boit un peu d'eau froide ou mieux de limonade vineuse ou même du vin. Durant le bain, des frictions sont pratiquées sur le corps, excepté l'abdomen, avec une éponge ou une brosse.

Un grand frisson annonce l'effet cherché du bain ; il se produit en général entre la 9e et la 12e minute.

Au bout de dix à quinze minutes, au début de la maladie, le malade est retiré du bain, essuyé, revêtu de sa chemise, puis remis au lit, où on au-

ra la précaution de ne pas trop le couvrir, pour ne pas perdre les bons effets de la réfrigération ; on se contentera de placer une couverture de laine sur les pieds et on ne se servira d'une boule d'eau chaude que si le frisson est beaucoup trop prolongé. Au bout d'une demi-heure, le malade prendra un peu d'aliment, puis, après avoir pris sa température, on le laissera dormir paisiblement.

Le bain à 18° sera renouvelé toutes les trois heures, si la température du rectum atteint 39° ; celle-ci sera prise dix minutes avant le bain et dix minutes après. Le thermomètre, plongé constamment dans une solution antiseptique, sera enduit de vaseline stérilisée, introduit lentement et maintenu en place trois minutes.

A la fin de la maladie, quand la température, sans atteindre 39°, dépasse encore 38°5, on fera usage de bains à 20° durant cinq minutes. On ne supprimera les bains que quand la température ne dépassera 38°5 à aucun moment de la journée.

Ajoutons que les bains froids donnent d'excellents résultats même chez les femmes enceintes typhiques.

Contre les hémorrhagies intestinales on applique de la glace sur le ventre et on prescrit l'immobilité absolue ; l'ergotine a quelqu'utilité.

Contre les perforations intestinales, mêmes précautions : repos absolu, glace sur le ventre, lavements laudanisés avec XX ou XXX gouttes de laudanum de Sydenham.

Dans la *convalescence*, il faut redoubler de surveillance. Pendant la maladie l'alimentation a consisté en lait et bouillon de poulet. Très lentement on augmente la force du bouillon avec du jus de viande ou des consommés à l'américaine. Au bout de quatre à cinq jours potage au sagou à l'arrowroot, au vermicelle, au pain grillé.

Au milieu de la seconde semaine de la convalescence, œufs, puis poissons, gelée de viande, poulet.

Viande hachée............	} ââ	250 gr.
Eau.......................		
Acide chlorhydrique..........		IV gtt.
Chlorure de sodium............		4 gr.

Macération d'une heure. Passer au tamis de crin ; ajouter :

Eau.............................. 250 gr.

Macération d'une heure. Passer sans exprimer. Par cuillerées à café.

On peut encore donner :

Jaune d'œuf.........................	n° 1
Salep................................	2 à 3 gr.
Bouillon de viande sans sel..	120

En lavement.

Comme boisson : eau rougie, bière, Malaga étendu d'eau.

Changer chaque jour le malade de linge et de chambre.

Changement d'air dès que le transport est possible.

Bains stimulants aux plantes aromatiques.

On doit proscrire tout travail intellectuel et toute préoccupation morale pendant une période variable de deux mois à un ou deux ans.

Dr Paul Huguenin.

PÆDIATRIE

Le traitement des pleurésies chez l'enfant.

Au-dessous de deux ans, la pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement est exceptionnelle. On entend assez souvent des frottements de pleurésie sèche au cours des broncho-pneumonies tuberculeuses ou liées à d'autres infections ; la seule indication en pareil cas est l'application de révulsifs comme les ventouses sèches, les badigeonnages iodés, un assez large morceau de sparadrap de Vigo (1).

S'il arrive qu'on assiste à la production d'un épanchement pleural, pendant la période d'augmentation fébrile, on donnera une, deux ou trois fois un purgatif comme le calomel et la scammonée ; on maintiendra l'enfant exclusivement au lait additionné d'eau alcaline diurétique ; on appliquera des cataplasmes sinapisés, des ventouses sèches. Lorsque l'épanchement sera stationnaire, on mettra un ou deux petits vésicatoires volants de six centimètres de diamètre. A la fin on pourra appliquer des bandelettes d'emplâtre de Vigo et faire un peu de massage du thorax. L'enfant doit être maintenu au lit jusqu'à la résorption complète de l'épanchement.

On n'aura qu'exceptionellement à pratiquer la thoracentèse. Cependant, celle-ci est indispensable en cas d'*épanchement purulent*. Or, le seul moyen que nous ayons de connaître la nature d'un épanchement est de pratiquer une *ponction exploratrice* ; les signes de présomption, l'amaigrissement, la fièvre, sont trompeurs ; l'auscultation l'est aussi : des râles pulmonaires peuvent simuler des frottements pleuraux et induire faussement à admettre que l'épanchement a diminué (Sevestre) ; la percussion a beaucoup plus de valeur. La diminution du poids, alors même que l'épanchement paraît être séreux, est une indication à pratiquer la *thoracentèse*. Même chez l'enfant du premier âge, si un épanchement purulent se reproduit après la ponction, surtout si l'état général est mauvais, il faut pratiquer la thoracotomie.

Dans la seconde enfance, si le début de la pleurésie s'accompagne d'un point de côté très douloureux, on appliquera au niveau de celui-ci une ou deux sangsues ou deux à quatre ventouses scarifiées ; on procurera une immobilité relative au thorax par une couche d'ouate recouverte d'un bandage de corps assez serré. On donnera un ou deux purgatifs et, outre le régime lacté, une tisane diurétique (chiendent, queues de cerises), dans laquelle on fera dissoudre du nitrate ou de l'acétate de potasse (1 à 3 grammes) ; s'il y a en même temps des signes de congestion pulmonaire, on fera plusieurs applications de ventouses sèches et on donnera un vomitif (ipéca).

Chez un adolescent vigoureux, on pourra tirer parti de la potion au tartre stibié : 15 à 20 centigrammes dans un julep gommeux de 150 grammes, donnée par cuillerées à dessert de deux en deux heures.

Au-dessous de cinq ans, il est exceptionnel que l'on soit obligé à faire une thoracentèse d'urgence à cause de l'abondance excessive de l'é-

(1) Manuel de pathologie infantile de P. Le Gendre. Chez Steinheil, 1894.

panchement ; l'élasticité des arcs costaux, l'énergie contractile du cœur, la rareté de la syncope sont des apanages du jeune âge qui écartent la crainte de mort subite. Mais, si, deux jours après que la fièvre est tombée, l'épanchement ne commence pas à décroître, il y a lieu de procéder à la thoracentèse.

On commencera toujours par s'assurer de la présence du liquide par une ponction avec la seringue de Pravaz, qu'on aura fait bouillir et dont on aura flambé l'aiguille, la peau du thorax ayant été savonnée, lavée à l'éther et au sublimé (1 p. 1000). Si le résultat de cette ponction exploratrice est positif, on procède immédiatement à la ponction avec l'aspirateur de Potain ou de Dieulafoy, après avoir flambé le trocart ou l'aiguille. On retirera, suivant la hauteur de l'épanchement et l'âge de l'enfant, 250 à 500 grammes ; on ne videra pas complètement la plèvre ; mieux vaut réitérer la ponction, si le reste du liquide tarde trop à se résorber ou s'il se reproduit.

La conduite à tenir est toute différente en cas de pleurésie purulente. Celle-ci nécessite le plus promptement possible l'évacuation complète du pus. Le diagnostic est posé par la ponction exploratrice, qui donne l'occasion de pratiquer l'examen bactériologique.

La purulence avérée, quand faut-il se contenter de la ponction évacuatrice unique ou réitérée ? Quand faut-il faire la thoracotomie ?

On a invoqué, pour se décider, l'âge de l'enfant, la cause de la pleurésie, la bactériologie, l'ancienneté de l'épanchement. Ce sont les pleurésies méta-pneumoniques qui guérissent le mieux, et par conséquent ce sont elles qui sont surtout justiciables des ponctions, mais la règle n'est pas absolue. Il n'est pas exact non plus que l'enfant guérisse d'autant mieux qu'il est plus jeune, et il ne faut pas conclure rigoureusement de la présence du pneumocoque seul à la guérison plus facile.

M. Cadet de Gassicourt se base surtout sur la date de l'épanchement ; il conseille de poser le plus tôt possible par les ponctions exploratrices le diagnostic de la purulence, mais ne traite par les ponctions aspiratrices que les empyèmes datant de moins de six semaines.

Cinq jours après avoir évacué complètement le pus, M. Cadet fait une nouvelle ponction exploratrice, et, s'il y a de nouveau du pus, l'évacue ; si la quantité évacuée est moindre d'un tiers, on peut espérer qu'une troisième ponction amènera la guérison : celle-ci est faite cinq jours plus tard et reste souvent blanche. Dans ce cas le traitement n'a duré que 15 jours. Mais, si la seconde ou la troisième ponction amène une quantité de pus égale ou très peu inférieure à la précédente, l'indication de la thoracotomie s'impose. Celle-ci est suivie d'un seul lavage immédiat avec le sublimé à 1/3000 ; on introduit deux drains et on fait des pansements rares (quand l'ouate et les bandes sont salies par le pus). La guérison se produit entre 20 et 40 jours.

En résumé, quel que soit l'âge du sujet, on arrive de plus en plus à faire rapidement la thoracotomie, pour toute pleurésie purulente. Qu'on ne rejette pas radicalement la ponction évacuatrice, dont on ne saurait nier l'efficacité possible en cas de pleurésie purulente à pneumocoques, nous le voulons bien, mais qu'on ne la répète pas à plusieurs reprises ; l'incision franche est absolument bénigne, si elle est faite antiseptiquement, et donne la guérison avec autant de rapidité et de sécurité. Mais nous nous déclarons absolument opposés à la pratique qui consiste à compter sur la vomique. Il est incontestable que cette évacuation spontanée procure quelquefois la guérison, mais le plus souvent elle sera insuffisante, et, que la pleurésie soit externe, diaphragmatique ou interlobaire, nous conseillons formellement : 1° de ne pas laisser à la vomique le temps de se produire ; 2° si l'on est consulté lorsqu'elle a déjà eu lieu, de ne pas différer l'incision et le drainage large du foyer.

Si la pleurésie purulente est opérée de bonne heure largement et antiseptiquement, elle guérit presque toujours, à moins qu'elle ne soit tuberculeuse, en trois à six semaines.

C'est lorsqu'on a trop attendu, lorsqu'on a laissé aux fausses membranes le temps de s'organiser et de brider le poumon, qu'on observe des fistules pleurales persistantes, malgré la souplesse de la paroi costale chez l'enfant. Le traitement de ces fistules par les lavages est impuissant, et lorsque, au bout de quelques mois, on a acquis la conviction que l'expansion pulmonaire ne peut plus aller plus loin, on aura recours aux résections costales suivant la méthode de Letiévant-Estlander ou ses dérivés, pour permettre à la paroi thoracique assouplie d'aller à la rencontre du poumon, qu'entoure une coque rigide. Voici ce que sont, dans leur ensemble, ces procédés de *thoracoplastie* :

Dans l'opération typique d'Estlander, on détermine exactement par le cathétérisme quelles sont la situation et les dimensions de la poche où conduit la fistule et on résèque, chacune par une incision spéciale, toutes les côtes qui la recouvrent, dans l'étendue où elles la recouvrent : puis on laisse à la rétraction cicatricielle progressive le temps d'agir. Les résections costales sont sous-périostées. On peut, tout en conservant le même principe, mettre à nu, en relevant un lambeau, toutes les côtes que l'on veut réséquer.

Un autre procédé consiste, après avoir réséqué les côtes, à fendre la plèvre pariétale, de façon à l'appliquer immédiatement sur la plèvre viscérale.

Quel que soit le procédé employé — et le choix dépendra pour beaucoup des lésions trouvées à mesure qu'on opère — le point important pour réussir est de ne pas méconnaître des clapiers plus ou moins étroits qui feraient persister la fistule. Très souvent, on ne réussit pas du premier coup à tarir la suppuration, et des interventions successives seront nécessaires. Chez l'enfant, on est surpris de la rapidité avec laquelle les côtes se régénèrent, sous formes de plaques osseuses plus ou moins irrégulières, qui peuvent être très gênantes à la seconde ou à la troisième opération.

On appelle *pleurotomie* ou *thoracotomie* l'opération qui a pour but d'ouvrir la plèvre.

On pratique dans un espace intercostal une incision parallèle aux côtes, en se portant vers la côte inférieure pour éviter l'artère. Certains auteurs conseillent de toujours réséquer immédiatement une ou deux côtes, ce qui n'est pas indispensable, mais ce qui n'a aucun inconvénient, et peut avoir quelques avantages pour faciliter le drainage. En présence d'une pleuré-

sie généralisée, le lieu d'élection est le septième espace intercostal, en ligne axillaire. Si la pleurésie est enkystée on incisera bien évidemment là où la ponction exploratrice aura révélé l'existence du pus.

Lorsque le pus a été évacué, beaucoup de médecins ont coutume de laver la plèvre avec une solution tiède et faiblement antiseptique. Cette pratique a quelques dangers (syncope, mort subite), et n'a à nos yeux aucun avantage, pas plus d'ailleurs que pour les abcès chauds en général. Le lavage immédiat doit, à notre sens, être repoussé, et il faut s'en tenir au drainage avec deux gros drains, fixés de façon à ne pouvoir être perdus dans la plèvre (suture à la peau ; épingle de nourrice). C'est seulement plus tard, si la fièvre persiste, si le pus s'écoule mal et devient fétide, qu'on aura recours aux lavages, avec grands ménagements.

Le traitement de la pleurésie ne doit pas se borner à évacuer l'épanchement ou à attendre sa résorption. Il faut toujours s'inquiéter de l'*état du poumon sous-jacent* et de l'*état général du sujet.* La pleurésie séro-fibrineuse est, en effet, une manifestation de la tuberculose dans la très grande majorité des cas. S'il y a des signes de congestion du poumon au sommet, on insistera sur les révulsifs (sinapismes, iode, pointes de feu, petits vésicatoires successifs). On instituera, aussitôt que le permettront l'état des voies digestives et la chute de la fièvre, la suralimentation, et le traitement de la tuberculose (cure de montagnes, eaux sulfureuses ou arsenicales, créosote, huile de morue).

On combattra les effets de la *rétraction thoracique* par le massage, la faradisation des muscles respirateurs, puis l'aérothérapie (exercices méthodiques ayant pour effet de dilater le thorax) ; mais ces exercices devront toujours être gradués avec une lenteur prudente. Bien qu'exceptionnelle, la production possible d'un pneumothorax par la traction brusque d'une adhérence pleuro-pulmonaire impose des ménagements.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation de la Sarthe.

Délégué départemental.

M. le Dr A. Bidon (Sablé 2, rue du Château), membre du Concours, vice-président du Syndicat de Sablé. 1er adhérent à l'Association amicale.

Correspondants.

Arrondissement du Mans.

M. le Dr Ledrain (Loué), délégué à la commission administrative de la Société locale, secrétaire-trésorier du Syndicat de la Sarthe.

M. le Dr Cohin (Sillé-le-Guillaume), membre du Syndicat.

Arrondissement de La Flèche.

M. le Dr Mauvais (La Flèche), membre du Syndicat.

M. le Dr Caudé (Le Lude), membre du Syndicat.

Arrondissement de Mamers.

M. le Dr De Paoli (Mamers), membre du Concours, président du Syndicat départemental.

M. le Dr Horeau (Fresnay), membre de la Société locale et du Concours.

M. le Dr Coupey (La Ferté-Bernard), membre du Syndicat.

Arrondissement de Saint-Calais.

M. le Dr Eltchaninoff (Saint-Calais), membre du Concours et du Syndicat.

M. le Dr Obet (Bouloire), délégué à la commission administrative de la Société locale et membre du Concours.

M. le Dr Luria (Vibraye), membre de la Société locale.

M. le Dr Houdoux (Château-du-Loir), membre du Syndicat.

Explications.

On nous demande, de divers côtés, de définir le rôle des *délégués départementaux* et des *correspondants* de l'Association amicale.

Voici comment nous le comprenons, *d'une façon générale,* car nous tenons, avant tout, à laisser aux uns et aux autres, toute liberté dans les limites fixées par les statuts.

A. Le *délégué départemental* est investi des pouvoirs les plus étendus, par le conseil d'administration qu'il représente.

Il est chargé de choisir, autant de correspondants qu'il le jugera nécessaire, pour le département, en prenant, de préférence, ceux des confrères que leur honorabilité et leur influence a mis aux postes d'honneur et de confiance dans les Sociétés locales et les Syndicats. C'est à lui de s'assurer leur concours et de constituer ainsi le cadre départemental, qui doit l'aider dans sa tâche.

Il a aussi, pour mission, d'organiser la propagande dans sa région, en faveur de l'Association amicale. Et cette propagande peut être, soit individuelle et quotidienne pour ainsi dire, soit générale, c'est-à-dire s'exerçant dans les réunions médicales, dans la presse médicale ou de province, ou par tout autre moyen analogue.

Enfin, s'il arrivait que les intérêts divers de l'Association fussent mis en péril, dans son département, par quelque affaire litigieuse, c'est au *délégué* que nous demanderions d'instruire cette affaire et de proposer une solution.

B. Les *correspondants* ont, en premier lieu, à examiner ceux des confrères qui désirent entrer dans l'Association. Les conclusions de leurs certificats sont, pour ainsi dire, sans appel.

Ensuite, si un sociétaire de leur circonscription devient malade, ils ont à viser les déclarations qu'il fait, touchant la durée de l'incapacité de travail, telle qu'elle est définie aux statuts.

Leur concours doit être acquis au *délégué,* en ce qui concerne la propagande, d'une part, et de l'autre les intérêts de l'Association, si, par impossible, un sociétaire déloyal cherchait à exploiter injustement notre patrimoine commun.

Faut-il ajouter maintenant que les *délégués* et *correspondants* seront, dans tous les cas, prévus ou non, les intermédiaires et arbitres entre les sociétaires et le conseil ; qu'ils auront à concilier, en toute justice et bienveillance, l'intérêt du particulier, avec l'intérêt de l'œuvre ? Cela va de soi. Le tact et l'équité sont vertus en honneur chez les médecins : elles suffiront à garantir le fonctionnement de notre Société.

Dr Jeanne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques.

Mon cher Directeur,

Pourquoi donc vous mettre, vous aussi, martel en tête, à propos de la déclaration des maladies contagieuses ?

J'ai lu bien des articles graves sur cette obligation nouvelle, mais tous sont écrits sur le mode triste ; il ne faut pourtant pas toujours voir les choses en noir.

Nos confrères ont montré toutes les difficultés qu'allait soulever la mise en pratique de la déclaration obligatoire. Ces difficultés, je suis loin de les nier, mais il ne semble que ce sont elles précisément qui doivent nous rassurer.

Soyez tranquille, l'obligation nouvelle ne tardera pas à rejoindre d'autres obligations que le législateur a jugées non moins indispensables, mais dont on ne parle plus guère.

Qu'est-il advenu de l'obligation de l'instruction primaire pour les enfants ? On ne convoque même plus les commissions scolaires, et Dieu sait, pourtant, si les écoliers ont oublié l'école buissonnière ! Ils manquent, des mois entiers, la classe sans que personne s'en préoccupe. — J'en sais quelque chose, étant délégué cantonal et comme tel, membre des commissions de deux communes.

Il en sera de même, à bref délai, de l'obligation des maladies contagieuses. On a fait la loi contre les médecins : elle n'en a pas pour longtemps ! Je ne jurerais même pas que les premiers carnets distribués seront épuisés.

Partout on se heurtera à la force d'inertie, et c'est peut-être nous, médecins, qui en montrerons le moins. Il faut ignorer les mœurs des campagnes pour se figurer qu'un maire voudra se créer des histoires sur une question de pot de chambre et risquer sa réélection en obligeant ses administrés à la propreté.

Nous pouvons donc, je crois, envisager l'avenir avec une douce quiétude.

La question du secret professionnel ne parvient même pas à m'émouvoir : quand un malade à la fièvre typhoïde, est-ce que tout le village ne le sait pas, sans qu'il soit besoin de déclaration ? Est-ce que nous ne sommes pas les premiers à donner de ses nouvelles à ses voisins ou à ses amis ?

Le changement ne paraîtra guère, croyez-moi, cher confrère, et à part une circulaire nouvelle, il n'y aura pas grand'chose de plus.

Nous continuerons à prêcher l'hygiène : quelques rares personnes tiendront compte de nos conseils, le plus grand nombre n'en aura cure et... et le soleil continuera à éclairer le monde !

Un rural qui en a vu bien d'autres.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la région de Montpellier.

Le Syndicat médical de la région de Montpellier, dont nous avons annoncé naguère la constitution, s'est réuni en Assemblée générale le 14 décembre 1893 et a pris les décisions suivantes :

1. Les Membres du Syndicat auront, tous les ans, deux grandes réunions générales obligatoires : la première dans le courant de Juin (elle sera suivie d'un banquet), la deuxième dans le courant de Décembre (pour le renouvellement du Bureau).

2. Ils auront, en outre, une réunion libre, chaque premier Mardi du mois à 5 heures, au local de l'Association des Etudiants, sur l'Esplanade.

3. Aux deux réunions générales réglementaires, seront invités les Etudiants de la Faculté de Médecine, pourvus de toutes les inscriptions et en cours d'examens définitifs.

4. Le nouveau Syndicat fera partie de l'Union des Syndicats de France.

Le maire de la ville de Montpellier, dans une lettre en date du 3 Janvier 1894, a accusé réception, au Président du Syndicat, du dépôt des statuts. L'existence, désormais légale, du Syndicat médical de la région de Montpellier est donc établie par une pièce officielle.

Le 15 Février 1894, a été tenue une nouvelle réunion générale, dans laquelle a été discuté et adopté le projet de Règlement général.

Puis diverses mesures ont été prises :

Une Commission composée de MM. Espagne, Raynier et Boudou a été chargée d'étudier les *Rapports des Médecins avec les indigents*, en tenant compte des modifications apportées à cette question, par la nouvelle loi sur l'assistance publique ;

Une deuxième commission composée de MM. Léenhardt, Fabre, Molinier, Dufau et Castanié, a été chargée d'étudier les *Rapports des Médecins avec les Sociétés de secours mutuels* ;

Une troisième enfin, composée de MM. Puech, Lapeyrie et Hortolès, a été chargée d'eudier la *question du Livre noir*, pour le Cercle de Montpellier ;

Le Syndicat a adopté le modèle d'une feuille de *Rappel de note*, et d'un tableau-affiche (facultatif), destiné aux salles d'attente des Médecins.

Il a nommé avoué du Syndicat Me Castan, avoué à Montpellier, 4, rue Astruc.

Enfin il a voté un crédit de 200 francs, pour l'agent chargé des écritures du Syndicat. Cet agent pourra être employé pour le recouvrement des notes, moyennant le 10 % sur les sommes rentrées par son entremise.

Le Secrétaire-général-trésorier,

Dr Diffre.

Liste des Membres du Syndicat au 1er Mars 1893.

Membres du Bureau : MM. Grasset, président ; Guibal, 1er vice-président ; Léenhardt, 2e vice-président ; Diffre, secrétaire-général-trésorier ; Saussol, scrétaire des séances ; Guibal, av.-conseil, 6, rue Fournarié ; M. Castan, avoué (ne fait pas partie du bureau), 4, rue Astruc.

MM. Arles, Balestrier, Batlle (E.) Bimar, Blaise, Bosc, Brousse, Capmann, Carrieu, Castagne, Castelnau, Coste (U.) Coustan, Dessalle, Dubreuil, Dunal, Espagne, Estor, François, Gayraud, Gerbaud, Gilis, Girou, Grynfeldt, Guinier, Hamelin, Haro, Hortolès, Jacquemet, Jaumes, syndic, Jeannel, Lapeyre, Lapeyrie, Layré-Dufau, Puech, Rauzier, Sacaze, Sarda, Sauvajol, Sélignac, Serre St.-H., Surdun, président-honoraire, Tédenat, Truc, Vigouroux, *Montpellier* ; Borel, Bouffier, Cathala, Ducloux, Duffours, Scheydt, *Cette* ; Boudou, Magne, Moulin, *Mèze* ; Berthès, Castan, syndic, *Pignan* ; Marignan, Reynier, *Marsillargue* ; Gordon fils, Molinier, *Saint-Georges* ; Boissier, Donnadieu, *Lamalou-les-Bains* ; Bonamaison, *Lansargues* ; Bordone, *Frontignan* ; Carrié, *St-Mart-de-*

Lond. ; Colonna, *Saint-Gély-du-Fese* ; Coulet, *Saint-Pargoire* ; Fabre, *Poussan, syndic* ; Franck, *au Pouget* ; Gazel, *Gigean* ; Larnaudie, *Montbazin* ; Gingibre, *Tressan* ; Lachapelle, *Montarnaud* ; Laussel, *Cournonterral* ; Mélian, *Pérols* ; De Messimy, *Puéchabon* ; Planche, *Balaruc* ; Prunac, *Clermont* ; Rouveyrolis, *Aniane* ; Vidal, *Saint-Gervais* ; Phalippou, *Lodève* ; Cristol, *Saint-André-de-Sang* ; Boutes, *Ganges* ; Mauzac, *Florensac* ; Pistre, *Villeveyrac* ; De Fabrègues, *S.-F.-de-Lodez*.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort du Dr *Juhel-Renoy*, médecin de l'hôpital Cochin. Il a succombé lundi, emporté en huit jours par une fièvre typhoïde ataxo-adynamique.

Juhel-Renoy meurt à 39 ans, victime de cette fièvre typhoïde qu'il avait appris à combattre si victorieusement. La destinée a de ces ironies.

— L'Académie de Médecine a procédé le mardi 20 mars à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement du professeur Le Fort.

C'est M. le Dr *Nicaise*, agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec, qui a été élu.

— Le banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars, à 7 heures, au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, et sera présidé par M. le professeur Spillmann, de Nancy.

— *Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hopitaux de Paris.*— L'assemblée générale de l'Association aura lieu le samedi 31 mars, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

— La Faculté de Médecine a présenté pour la chaire de clinique des maladies nerveuses laissée vacante par la mort de M. Charcot :

En première ligne....... M. Raymond.
En deuxième ligne....... M. Déjerine.
En troisième ligne....... M. Brissaud.

— M. Bucquoy, à l'Académie de médecine, attribue l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle à la pollution des eaux de la Vanne, à leur origine même.

M. Chantemesse, dans un article récent, pense qu'il faut accuser une distribution intempestive d'eau de Marne prise au drain de Saint-Maur, en remplacement de l'eau de la Dhuis, distribution qui s'est faite du 8 au 24 février.

Un esprit inventif a imaginé mieux : il rejette tout le mal sur les joyeux *confetti* du mardi gras et de la mi-carême.

Cette étiologie aussi fantastique que carnavalesque ne manque pas du moins de nouveauté. Elle n'a qu'un point faible, c'est qu'il n'y a plus de confetti et qu'il y a toujours des cas de fièvre typhoïde : *Sublata causa, non tollitur effectus*, grave défaut pour une étiologie.

Attendons-nous néanmoins à voir, l'année prochaine, les camelots nous vendre des confetti antiseptiques et des serpentins iodoformés.

(*Médecine Moderne.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3883. — M. le docteur Ader, de Chamonix (Haute-Savoie), présenté par M. le Directeur.

N° 3884. — M. le docteur Charles, de Meursault (Côte-d'Or), membre de l'Association des médecins de la Côte-d'Or.

N° 3885. — M. le docteur Joffriou, de Saint-Martin de la Condre, par Loulay (Charente-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Charente-Inférieure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Lecoconnier, de Paris, membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le Docteur Raymond Nogué, avec une préface de M. le Dr G. Variot, médecin des hôpitaux. In-18 de 650 pages. Prix : 6 fr.

En offrant au public médical ce Formulaire, le Dr Raymond Nogué a voulu mettre entre les mains de tout praticien un guide précis et sûr de thérapeutique infantile.

Bien que les maladies de l'enfance ne constituent pas à proprement parler une spécialité, il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé, au début de sa carrière, eût-il même fait un stage dans un hôpital d'enfants, fortement embarrassé pour formuler une ordonnance dans certaines affections du premier âge.

Ayant, comme ses confrères, rencontré ces difficultés, le Dr Raymond Nogué a pensé qu'il serait utile de réunir en un formulaire spécial de thérapeutique infantile les modes de traitement et les principales formules des maîtres français ou étrangers en pédiatrie.

Dans le champ chaque jour grandissant de la thérapeutique, il a judicieusement choisi les médications ayant fait leurs preuves entre les mains des hommes les plus autorisés. Il s'est également efforcé de citer de préférence les formules les plus simples, qui souvent lui ont paru être les meilleures.

La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer.

En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la posologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres.

D'une façon générale, chaque article comprend la prophylaxie de l'affection, son traitement pathogénique, le traitement des différents symptômes et le traitement des complications.

Il a semblé au Dr R. Nogué qu'un Formulaire s'adressant au praticien ne pouvait laisser de côté certains points de chirurgie journalière ou d'urgence tels que le traitement des abcès, de la coxalgie, des fractures chez les enfants, la pratique des appareils plâtrés, du corset de Sayre, la thoracentèse, l'empyème, le tubage du larynx, la trachéotomie, etc.

C'est pourquoi il n'a pas hésité à faire à ces questions, bien que d'ordre chirurgical, une place en rapport avec leur importance, pensant que le médecin praticien lui en saurait bon gré.

C'est donc avec confiance que le Dr Raymond Nogué peut livrer aujourd'hui à ses confrères ce consciencieux travail. L'accueil qui lui sera fait dédommagera amplement l'auteur de sa peine et lui prouvera combien son œuvre est utile.

Envoi franco du volume cartonné à l'anglaise contre un mandat de 6 fr. à M. le directeur de la Société d'Editions scientifiques, place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, franco 4 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 13 31 Mars 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les laryngites aiguës pseudo-croupales.

D'après le Dr *Touchard*, une laryngite spasmodique à son début peut devenir tellement aiguë, inflammatoire et suffocante que, par la continuité et l'intensité de la dyspnée, elle en impose pour un croup d'emblée.

On trouvera cependant des éléments de diagnostic dans les caractères de la toux, et surtout dans la marche et la terminaison presque toujours favorable de la maladie.

Cette laryngite paraît localisée dans la portion sous-glottique du larynx.

Au cours de la rougeole, on peut également observer des formes très graves de laryngite, qui simulent le croup et cela à trois périodes : soit au début, soit au moment de l'éruption, soit à la période de convalescence.

Que la laryngite soit primitive ou consécutive à la rougeole, la vie peut être menacée par les progrès croissants de l'asphyxie.

On pourra être obligé d'avoir recours à la trachéotomie, mais il ne faudra la pratiquer qu'à la dernière extrémité.

Nous tenons à faire remarquer qu'il ne faudra pas se hâter d'opérer et, qu'il n'y a pas d'inconvénients à attendre jusqu'aux dernières limites permises par la prudence. La trachéotomie, en effet, est toujours une opération délicate, même entre les mains des plus habiles. Nous avons vu bien des fois, à Trousseau et dans la clientèle, des cas où elle semblait absolument urgente, mais on a pu cependant l'éviter. Ce ne sera donc que très rarement qu'on en arrivera à ce moyen extrême.

Le tubage du larynx devrait aussi, dans ces formes graves, donner de bons résultats. Nous ne l'avons cependant jamais tenté.

Le plus souvent, des applications locales, au-devant du cou, d'éponges chaudes trempées dans de l'eau bouillante, des pulvérisations phéniquées dans la chambre seront suffisantes, pour calmer les accès de suffocation et diminuer la dyspnée. On pourra encore ajouter à ces moyens des ventouses sèches sur la poitrine, des sinapismes sur les membres inférieurs. Il semble aussi que l'on devrait tirer de bons résultats de l'anesthésie par le chloroforme ; nous n'avons pas essayé de ce procédé, mais il ne paraît pas douteux que l'on ne puisse l'employer avec succès dans ces formes où l'élément spasmodique joue un si grand rôle. On donnera aussi avec avantage une potion avec de l'éther et du bromure de potassium.

La respiration des chlorotiques.

Le Dr *Leoncini*, dans une récente thèse, a étudié spécialement les types de respiration qu'on peut observer dans la chlorose et qui souvent en imposent pour une phthisie au début.

Il existe chez les chlorotiques certains troubles du rythme respiratoire pouvant donner naissance à une véritable *respiration chlorotique*. Elle est caractérisée surtout par une *respiration faible*, ordinairement perceptible dans toute l'étendue du poumon, mais souvent aussi localisée aux sommets.

Ces troubles respiratoires s'accompagnent fréquemment d'anomalies de développement de la cage thoracique (scoliose, infantilisme). La respiration des chlorotiques peut être comparée à celle des scoliotiques.

La toux chlorotique n'offre pas de signes particuliers. Elle paraît sous la dépendance d'un état nerveux, elle n'est pas sans analogie avec la toux hystérique.

La dyspnée chlorotique est de causes multi-

ples. Elle est due ordinairement à l'insuffisance de développement des muscles inspirateurs, quelquefois à l'anémie bulbaire ;

Lorsqu'on rencontre de la faiblesse du murmure vésiculaire ou des troubles du rythme respiratoire chez une chlorotique, il ne faut pas se hâter d'affirmer la tuberculose, mais surveiller attentivement la malade pendant toute la durée du traitement qui doit être celui de la chlorose vraie.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

L'œil dans les maladies nerveuses

Il est aujourd'hui de notion commune que l'examen de l'œil peut offrir un sérieux appoint au diagnostic du plus grand nombre des affections générales ; mais celui-là s'exposerait à de réelles désillusions, qui voudrait chercher dans ce seul examen la solution du problème. Certes, le concours de l'ophtalmoscope est précieux en clinique, souvent même indispensable ; mais, dans la majorité des cas, les renseignements fournis par le miroir veulent être complétés par ceux que donne l'étude complète du patient.

Il ne faut donc ni exalter, ni rabaisser la valeur de l'examen des yeux au point de vue de la séméiologie des maladies nerveuses.

Grande est pourtant la valeur de l'examen du fond de l'œil dans le tabes, dont le diagnostic est confirmé si souvent par la constatation d'une atrophie de la papille, dans l'hystérie différenciée des maladies qu'elle peut simuler par l'étude du champ visuel et de la dyschromatopsie.

Sans m'attarder je vais aborder en détail l'étude de la question. Je chercherai à bien déterminer la valeur diagnostique des symptômes oculaires dans chacune des affections que je vais indiquer ; je n'ai pas la prétention, vu le cadre de cet article, d'apporter une étude complète qui nécessiterait la rédaction d'un gros volume. Je ne toucherai qu'aux points principaux, laissant à dessein dans l'ombre ceux qui ne sont pas suffisamment établis ou nécessitent, pour être mis en lumière, des développements trop considérables.

Ainsi compris, ce travail peut être considéré comme un guide pour ceux qui veulent approfondir. Il satisfera, j'espère, ceux qui désirent une vue d'ensemble.

I. — *Tabès.*

Les symptômes oculaires du tabès servent très souvent à dépister le mal : ils précèdent de longtemps l'éclosion des phénomènes ataxiques ; parfois même ils constituent à eux seuls toute la maladie pendant une longue période.

Certains de ces troubles étaient mis sur le compte de la syphilis, alors que les travaux modernes de Charcot et de Fournier n'avaient pas encore établi leur rattachement à la période préataxique.

La migraine ophthalmique, avec son scotome, son hémiopie est parfois un indice de tabès naissant ; mais elle s'efface devant la valeur des troubles moteurs et des signes ophthalmoscopiques.

Les muscles de l'œil sont souvent paralysés. A l'époque où elles peuvent être étudiées au point de vue du diagnostic, c'est-à-dire au début, les paralysies sont plutôt de simples parésies, diplopies sans strabisme, se développant et disparaissant facilement, quelquefois cessant presque tout d'un coup sans traitement, récidivant avec facilité, affectant un ou plusieurs muscles ensemble ou séparément ; plus la maladie se prononce, plus les paralysies montrent une tendance à la fixité, plus le strabisme est disposé à s'établir.

Tous les muscles moteurs du globe peuvent être pris, et aussi les muscles palpébraux : d'où ce léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale signalé par Berger chez les ataxiques, d'où la paralysie des releveurs des deux côtés, vue par Déjerine.

Quelques paralysies ont un caractère un peu spécial : c'est ainsi que de Watteville, Hubscher ont signalé une paralysie éphémère de la convergence, associée à d'autres paralysies.

La pupille d'un tabétique non encore évident est une source précieuse de renseignements ; elle doit être interrogée avec soin pour éclaircir tous les cas douteux.

Tantôt il existe un myosis simple ou double, les pupilles sont punctiformes et l'examen du fond de l'œil rendu ainsi très difficile ; tantôt il y a mydriase, le plus souvent d'un seul côté. L'inégalité pupillaire peut donc être observée, comme dans la paralysie générale. D'autres fois il y a paralysie de l'accommodation sans mydriase, mais avec anesthésie périorbitaire. Ici, la pupille reste immobile devant un jet de lumière, mais réagit bien à l'accommodation ; c'est le signe d'Argyll Robertson, qui peut à lui seul mettre sur la voie de l'ataxie. Là, c'est le contraire. Berger a indiqué la déformation elliptique de la pupille.

Du côté du fond de l'œil on n'observe que trop souvent la terrible atrophie de la papille, dont la fréquence est considérable, puisqu'elle atteint 12 % des ataxiques d'après Erb, 13,5 % d'après Mali, 40 % d'après Schmeichler. Son principal caractère est d'être régulièrement progressive et d'aboutir à cet aspect ophthalmoscopique bien connu : une papille blanc grisâtre, tranchant nettement sur le fond rouge de l'œil. On a voulu faire de la coloration grise de la papille un signe pathognomonique de l'atrophie tabétique ; cliniquement, on ne peut admettre cette précision. Le rétrécissement du champ visuel précédé d'une diminution du champ de perception des couleurs dans l'ordre suivant : vert, rouge, bleu ; la présence des lacunes et scotomes dans le champ de la vision sont de meilleurs signes.

Le Professeur Charcot a montré que la sclérose du nerf optique pouvait précéder la venue des phénomènes typiques du tabes et même les faire prévoir longtemps à l'avance, d'où l'importance considérable de l'examen du fond de l'œil.

Déjerine a prouvé la possibilité de l'ataxie en dehors des lésions médullaires. Kruche a rappelé 17 cas de pseudo-tabes chez les alcooliques. J'ai montré qu'il pouvait, de par l'œil, y avoir grande difficulté à distinguer les ataxies fausses des véritables, quand, à des troubles très voisins de ceux du tabes, vient s'ajouter une amblyopie à forme spéciale qui n'est autre qu'une amblyopie alcoolique simulant, à s'y méprendre, l'atrophie papillaire au début.

Cependant, la recherche des antécédents du malade, la constatation de ses habitudes d'intempérance et surtout la curabilité presque simultanée des troubles ataxiques et des troubles ocu-

laires permet au médecin de ne pas rester longtemps dans l'erreur.

La simple constatation des signes oculaires ne suffit pas toujours au chercheur pour se prononcer en faveur de l'une des trois maladies que voici : syphilis cérébrale, tabes, paralysie générale. En effet, toutes trois peuvent s'accompagner de paralysies musculaires, de troubles pupillaires et d'atrophie de la papille ; c'est, sans contredit, dans le tabès que toutes ces altérations se rencontrent le plus souvent ; quand elles coexistent, on ne peut s'empêcher de songer au tabes. Tout dernièrement Liebrecht a publié un travail dans lequel il montre la fréquence relative des paralysies musculaires. D'après cet auteur, les paralysies du tabes constituent 29 % de la totalité des paralysies musculaires, celles de la syphilis cérébrale 14 % et enfin celles de la paralysie générale à peine 3,50 %. Ce dernier chiffre est certainement beaucoup trop faible et est dû aux conditions dans lesquelles Liebrecht a observé, soit dans une clinique d'oculistique où les paralytiques généraux se rendent peu.

II. — *Sclérose en plaques.*

Le Professeur Charcot a très bien différencié les troubles oculaires de la sclérose en plaques de ceux de l'ataxie.

Les troubles moteurs de la sclérose en plaques consistent non plus en paralysies, comme dans le tabes, mais en un défaut de coordination dans les mouvements nécessités par l'acte du regard ; c'est la paralysie des mouvements associés. Il résulte de ceci que les malades qui sont atteints ainsi ne regardent jamais avec précision ; on observe par là même, souvent les déplacements oscillatoires du nystagmus.

L'iris conserve tous ses mouvements dans la maladie scléreuse.

Dans la sclérose en plaques, l'ophthalmoscope ne révèle souvent que peu de chose, à peine une simple décoloration papillaire. Pourtant, dans cette maladie on observe des amblyopies, qui vont jusqu'à la cécité complète. Celle-ci n'est ordinairement que transitoire et disparaît au bout de quelque temps, mais on l'a vue demeurer définitive.

On voit qu'ici les phénomènes oculaires ne ressemblent en rien à ceux du tabes. Paralysies fréquentes des muscles de l'œil dans l'ataxie, pas de paralysie dans la sclérose en plaques. Signes ophthalmoscopiques précis dans la première affection, peu ou pas de signes du côté du fond d'œil dans la seconde. Cécité fatale par atrophie papillaire tabétique à opposer à l'amblyopie transitoire de la sclérose en plaques.

Il est aussi aisé de distinguer par l'examen oculaire une sclérose en plaques de la paralysie générale, mais on avouera que l'analogie est grande entre les yeux des hystériques et ceux des scléreux. J'indiquerai plus loin tous les caractères de l'œil hystérique.

III. — *Paralysie générale.*

Les troubles oculaires sont très intéressants à étudier, parce que le plus souvent ils précèdent, même de plusieurs années, les premiers symptômes d'aliénation mentale. Il y a donc intérêt majeur à apprécier leur nature, puisque, si les signes oculaires sont réunis en nombre suffisant et ont une allure bien caractérisée, le médecin pourra porter à l'avance un diagnostic dont l'importance n'échappera à personne, qu'il s'agisse de protéger le malade contre lui-même ou de l'empêcher de nuire aux siens, ou de déterminer son degré de responsabilité morale.

Dans la paralysie générale l'œil est donc fréquemment un précieux révélateur de l'état cérébral.

Examinons quels sont les troubles qu'on observera du côté de l'appareil moteur, de l'iris et du fond d'œil.

Le muscle orbiculaire des paupières peut être le siège de tremblements fibrillaires ou même d'un véritable blépharospasme, parfois d'une ptosis associée presque constamment à des paralysies de la troisième paire.

Les ophthalmoplégies sont fréquentes ; il est peu commun qu'un sujet atteigne la période paralytique sans avoir eu de la diplopie passagère, parfois très fugace. Tous les nerfs de l'œil sont susceptibles d'être paralysés ; pourtant, très rares sont les paralysies de la sixième et de la quatrième paire. Il faut encore remarquer que la mydriase est exceptionnelle dans les ophthalmoplégies internes.

L'inégalité pupillaire est constante au début de la paralysie générale. Elle s'établit souvent avec les diplopies fugaces, dont, après un certain temps, elle est la seule trace subsistante.

Dès que le délire éclate, aussitôt, ou peu de temps après, les pupilles tendent à s'égaliser tantôt en myosis dans les formes congestives, tantôt en mydriase dans les formes dépressives ou torpides.

Les réflexes lumineux et accommodatif peuvent être dissociés, le second subsistant seul (signe d'Argyll Robertson).

Du côté du fond d'œil, on ne peut noter que l'atrophie papillaire, qui conduit rapidement les malades à la cécité.

Les paralytiques généraux sont souvent troublés par des accès de migraine ophthalmique avec scotome scintillant, qui débutent bien des années avant que la paralysie générale puisse même être présumée.

Les troubles oculaires dans la paralysie générale ont été fort bien étudiés dans la thèse du Dr Marie (1890), un de mes anciens élèves ; je ne puis que renvoyer à ce travail les lecteurs curieux de détails.

On ne peut s'empêcher de remarquer quelle grande analogie existe entre les phénomènes oculaires qui précèdent le tabes et ceux qui devancent la paralysie générale, si bien que je ne crois pas que, par le seul examen de l'œil, l'ophthalmologiste le plus expérimenté puisse se prononcer sur l'existence de l'une ou de l'autre affection. Il ne pourra qu'établir des probabilités. Cette ressemblance des signes oculaires est un argument de plus en faveur de la théorie qui assimile les deux maladies (Raymond).

Des traces d'iritis, de chorio-rétinites profondes pourraient démontrer l'origine syphilitique de certaines paralysies générales, par suite en préciser la nature.

IV. — *Hystérie.*

Les troubles que l'hystérie concentre du côté de la vision sont si caractéristiques qu'à eux seuls, et n'y aurait-il pas d'autres phénomènes concomitants, ils suffisent à affirmer le diagnostic. On

voit de quelle aide ils peuvent devenir pour le médecin embarrassé devant une affection dont la nature se détermine mal. L'hystérie peut jouer certaines maladies graves du système nerveux central ; c'est alors que l'examen oculaire devient indispensable ; on peut dire que, grâce à lui, de colossales erreurs seront évitées.

L'œil hystérique n'est jamais un œil effectivement malade, ce n'est pas un œil à lésions, comme l'œil du tabétique si souvent atteint d'atrophie du nerf optique, comme l'œil des malheureux chez lesquels une tumeur cérébrale crée et développe la névrite optique.

Les méfaits de l'hystérie dans l'œil ont été soigneusement étudiés (1891) par Gilles de la Tourette ; la névrose est génératrice de troubles sensitifs et de troubles moteurs.

Les troubles sensitifs sont l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée, le rétrécissement concentrique du champ visuel pouvant aller jusqu'à la cécité, la dyschromatopsie, les couleurs disparaissant dans l'ordre suivant : violet, vert, bleu, rouge, cette dernière couleur persistant toujours.

Dans l'amblyopie hystérique l'acuité visuelle n'est pas modifiée. Les hystériques ne sont pas incommodés de l'étroitesse de leur champ visuel, qu'ils ne soupçonnent même pas.

Les troubles moteurs nous intéressent particulièrement, car, mal interprétés, ils peuvent devenir source d'un diagnostic erroné.

Parinaud a bien étudié la diplopie mono-oculaire, qui est plutôt une polyopie et qu'il attribue à une spasme du muscle accommodateur. Voici comment se révèle cette polyopie :

Un crayon placé près de l'œil, puis éloigné lentement, est d'abord vu simple ; à la distance de 10 à 20 centimètres, une seconde image apparaît généralement du côté temporal. A mesure que l'on s'éloigne, les deux images s'écartent et il n'est pas rare qu'une troisième moins intense apparaisse du côté opposé.

Cette diplopie s'accompagne habituellement de micropsie et de mégalopsie, c'est-à-dire que l'objet paraît se rapetisser ou grossir quand on l'éloigne ou qu'on le rapproche de l'œil.

Le blépharospasme est clonique ou tonique. Ce dernier est le plus intéressant. Douloureux il est bilatéral et accompagné de photophobie, larmoiement, douleurs périorbitaires. Non douloureux, il est souvent monolatéral.

La forme la plus digne d'attention de blépharospasme, est celle que Parinaud a décrite sous le nom de ptosis pseudo-paralytique. Les phénomènes spasmodiques sont si peu marqués que la chute de la paupière supérieure simule une paralysie du releveur. Le plissement de la peau n'existe pas et si l'on ordonne au malade d'ouvrir l'œil, il rejette la tête en arrière et on voit le frontal se contracter comme dans la vraie ptosis paralytique.

Il est donc indispensable de pouvoir distinguer cette fausse ptosis de la vraie, sans quoi, en présence de cette chute de la paupière, on serait exposé à croire à une véritable paralysie et par suite à porter le diagnostic de tabes ou de tumeur cérébrale au lieu de celui d'hystérie.

Etudions donc les signes différentiels : dans la ptosis faussement paralytique, la paupière supérieure recouvre exactement l'inférieure, elle retombe énergiquement quand on la relève avec le doigt ; on constate de petits frémissements convulsifs dans la paupière, qui s'accentuent quand le malade essaie d'ouvrir l'œil ; enfin, signe capital, indiqué par Charcot, il y a abaissement du sourcil du côté où siège le spasme, tandis que dans la vraie ptosis paralytique le sourcil est plus élevé que du côté sain.

Le strabisme hystérique peut être aussi trompeur que la ptosis : il est généralement dû à une vraie contracture qui peut se produire isolément ou s'associer à d'autres phénomènes hystériques.

Il me semble à peu près impossible, pour l'oculiste, de distinguer ce strabisme spasmodique du strabisme paralytique, et je crois que, en l'absence d'autres phénomènes, l'erreur de diagnostic sera commise 90 fois sur 100.

Les troubles oculaires hystériques peuvent apparaître après un traumatisme, un accident de chemin de fer (hystéro-traumatisme), ce n'est guère que par une longue observation du malade, par des examens répétés qu'on les distinguera des troubles tenant à une commotion ou à une altération des centres nerveux. En semblable occurence l'expert peut être appelé à se prononcer devant les tribunaux sur la gravité et le pronostic de certaines situations pathologiques : il n'oubliera pas quel précieux concours peut lui donner l'œil (Etude de l'amblyopie hystérique, etc.).

V. — *Lésions cérébrales.*

Les lésions cérébrales (hémorragie, ramollissement, etc.), peuvent déterminer des troubles fonctionnels caractérisés par la perte d'une portion du champ visuel. Il y a hémiopie quand chaque rétine a perdu la moitié de son champ visuel.

L'hémiopie est dite homonyme lorsque la moitié du champ visuel est abolie du même côté dans les deux yeux. C'est la plus fréquente ; elle est dite croisée lorsque la moitié du champ visuel est perdue à droite pour un œil, à gauche pour l'autre œil ; cette forme est très rare. La constatation de l'intégrité du fond d'œil à l'ophtalmoscope et le tracé du champ visuel, fournissant le graphique des scotomes, peuvent permettre d'affirmer que les troubles dont se plaint le malade ont une origine intra-crânienne. Il y a donc là une notion intéressante à conquérir, simplifiant les recherches. Bien souvent l'étude de l'hémiopie fournira des renseignements sur le siège même de la lésion qui l'a déterminée, avec cette réserve que, pour en préciser la nature et parfois même la localisation, le médecin devra toujours étudier les symptômes concomitants (paralysie, anesthésie, aphasie). Je ne puis émettre ici la prétention d'indiquer, même rapidement, les méthodes d'étude des localisations cérébrales. Je me bornerai à l'énoncé des faits les plus simples :

1° Une lésion de la bandelette optique gauche détermine une hémiopie homonyme droite, tandis qu'une hémiopie homonyme gauche révèle une lésion de la bandelette gauche.

2° L'hémiopie croisée indique une lésion de la partie antérieure du chiasma.

3° Les lésions de la partie postérieure de la capsule interne (région lenticulo-optique) amènent non seulement de l'hémiplégie, mais encore une hémi-anesthésie semblable à l'hémi-anesthésie hystérique ; il est bon de ne pas oublier que dans cette hémi-anesthésie d'origine cérébrale, il existe une amblyopie croisée dont les symptômes sont les mêmes que ceux qui ont été signalés par l'amblyopie hystérique.

Je suis au regret d'être obligé d'écourter ce chapitre; mais, pour être suggestif, il devrait à lui seul occuper une étendue bien plus considérable que celle qui m'est accordée pour l'ensemble de cet article.

VI. — *Méningite.*

D'après Bouchut, quelles que soient les formes de la méningite, elle produit habituellement, sinon toujours dans le fond de l'œil, des lésions variables de circulation, de sécrétion, de nutrition, qui facilitent grandement le diagnostic de la maladie et peuvent même parfois en faire prévoir l'éclosion.

Le Dr Bouchut a rapporté des cas dans lesquels l'emploi de l'ophthalmoscope a permis de fixer un diagnostic hésitant entre la méningite et quelque autre maladie, la fièvre typhoïde, par exemple, et des cas dans lesquels il a permis de faire le diagnostic avant l'apparition des symptômes caractéristiques de la méningite, alors qu'il n'existait qu'un état fébrile indéterminé.

Je crois avec Bouchut que l'examen du fond d'œil peut rendre de signalés services dans des cas embarrassants ; mais j'hésite à lui accorder toute la valeur que lui octroyait cet auteur. J'ai été à même d'examiner le fond d'œil d'un grand nombre d'enfants atteints de méningite confirmée, et je dois avouer que je n'ai pas rencontré souvent des lésions parfaitement nettes.

Néanmoins, ce procédé d'exploration ne doit jamais être négligé, et n'aurait-il que rarement l'occasion de se révéler efficace, qu'il faudrait y avoir recours, étant données sa simplicité et son innocuité.

Ces réserves faites, j'indiquerai les désordres les plus caractéristiques que peut produire dans l'œil la méningite, qui, je le répète, laisse celui-ci indemne assez souvent pour qu'on ne puisse conclure de l'intégrité des membranes profondes à l'absence de l'affection méningée.

D'après Bouchut, la congestion et l'œdème papillaires seraient les lésions les plus fréquentes. Il est très difficile de dire où commencent l'hypérémie et la congestion pathologique du nerf optique ; il faut, pour les bien apprécier, une grande habitude du maniement de l'ophthalmoscope et on ne saurait trop répéter qu'il existe d'infinies variétés d'aspect de la papille. On n'affirmera donc la congestion et l'œdème qu'après mûr examen et formelle évidence. Bouchut les aurait observés dans plus de la moitié des cas ; cette proportion me paraît beaucoup trop forte. Pour moi, elles n'acquièrent de réelle valeur que quand elles coexistent avec de la dilatation et de la flexuosité des vaisseaux veineux, avec ou sans thromboses rétiniennes.

Les hémorragies de la rétine se voient parfois dans la méningite, mais aussi dans d'autres affections cérébrales. Elles n'ont donc de signification précise que lorsqu'elles apparaissent chez un enfant soupçonné ou atteint de phlegmasie des méninges.

La concordance et la simultanéité de ces deux phénomènes leur donne une importance séméiotique considérable, et, dans ces cas, elles indiquent une violente gêne de circulation intra-crânienne. Elles coexistent très souvent avec des plaques blanchâtres, de dégénérescence graisseuse, ou avec des dépôts noirâtres de pigments qui n'en constituent qu'un stade plus avancé.

Bouchut a signalé les tubercules de la choroïde. Si leur présence était évidente, il n'y aurait pas de doute sur l'existence d'une méningite tuberleuse. Malgré des recherches longtemps continuées, je n'en ai pas vu un seul cas bien démonstratif. Je pense que ces tubercules sont très difficiles à voir à l'ophthalmoscope et qu'à leur sujet ont dû être commises bien des erreurs.

Certains enfants ont le fond de l'œil très pâle, ce qui tient à une atrophie choroïdienne ou plutot à une disparition du pigment choroïdien. Il ne faut pas voir là un signe d'affection cérébrale ; cette disposition s'observe chez des sujets à développement incomplet, partiellement amblyopes ou éminemment astigmates et hypermétropes, des dégénérés héréditaires le plus souvent.

L'atrophie du nerf optique est rare dans la méningite aigüe et s'observe surtout dans la méningite chronique. Elle peut survenir d'emblée ou être précédée d'une neuro-rétinite hémorrhagique, analogue à celle qu'on rencontre dans les tumeurs cérébrales.

Les lésions oculaires de la méningite n'amènent pas toujours des troubles visuels très marqués ; elles veulent donc être très recherchées. Pour les mieux constater, l'observateur aura soin, après avoir instillé la cocaïne, de faire fixer la tête de l'enfant et de lui faire écarter les paupières par un aide exercé. Ces précautions sont indispensables pour un examen valable d'un petit être déjà souffrant, agité, et, pour cela même, par son âge aussi, peu enclin à la docilité, si nécessaire à une complète exploration du fond d'œil.

En résumé, l'ophthalmoscopie est infidèle pour le diagnostic de la méningite, mais, parfois, elle lui prête un concours des plus utiles. On devra donc la pratiquer dans tous les cas douteux.

Ce sont des symptomes de névrite optique qu'on constatera dans la pluralité des examens concluants.

VII. — *Tumeurs cérébrales.*

C'est à de Graeffe (1810) que nous devons la connaissance précise des lésions oculaires dans leurs rapports avec les tumeurs cérébrales. Celles-ci se caractérisent par la production des névrites optiques typiques.

La papille est rouge, boursouflée, saillante. Les veines rétiniennes, gorgées de sang, présentent des dilatations variqueuses, tandis que les artères sont fines et amincies ; des hémorragies rétiniennes, des exsudations blanchâtres parsèment la papille ou les régions voisines ; la périphérie du fond d'œil demeure intacte. Les troubles visuels sont plus ou moins accentués, quelquefois peu marqués, malgré une violente hypérémie du fond de l'œil.

La névrite optique aboutit parfois, si le malade survit, à l'atrophie de la papille, et cette atrophie présente alors des caractères assez nets pour qu'il soit possible de retrouver la cause qui l'a déterminée. En effet, les bords du disque optique restent diffus, ne tranchent pas nettement sur les parties voisines, les veines demeurent tortueuses et dilatées pendant que les artères s'amincissent à l'extrême.

La névrite optique constitue un symptôme très important dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, mais malheureusement elle ne peut nous renseigner ni sur le siège, ni sur la nature de la tumeur. Il est hors de doute que les tumeurs cé-

rébrales puissent exister sans amener de névrite, mais des troubles cérébraux accompagnés de névrite ont de grandes chances pour être dus à une tumeur.

Les caractères indiqués de l'atrophie papillaire suite de névrite peuvent être d'un concours utile, alors que le médecin hésite entre les phénomènes dus à une ancienne tumeur ou à l'ataxie. On a remarqué les différences tranchées qui séparent cette atrophie de l'atrophie tabétique.

Lésions traumatiques du cerveau. — Comme l'a fort bien indiqué Panas, la stase de la papille se montre souvent à la suite de diverses lésions traumatiques de l'encéphale, telles que commotions, contusions, blessures ou fractures du crâne, sans qu'elle s'accompagne forcément de troubles visuels. Elle doit donc être recherchée. Sa présence et l'atrophie consécutive qu'elle pourrait déterminer ont une importance réelle au point de vue médico-légal.

Dr A. TROUSSEAU,
Clinique des Quinze-Vingts.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation de l'Aude.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Barthez, 21, rue Louis-Blanc, à Narbonne, 1er adhérent de l'Association amicale dans le département, membre de la Société locale et du Concours.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Carcassonne.

M. le Dr Crouzet, à Cuxac-Cabardès, membre du Concours médical.

Arrondissement de Narbonne.

M. le Dr Barthez, de Narbonne.

Arrondissement de Limoux.

M. le Dr Cuxac, à Limoux, membre du Concours.

Arrondissement de Castelnaudary.

M. le Dr Durand, Castelnaudary, membre du Concours.

Organisation des Ardennes.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Carion (Charleville), membre du Concours, secrétaire de la Société locale, président du Syndicat de la Vallée-de-la-Meuse.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Mézières.

M. le Dr Vassal (Mézières), membre de la Société locale.

M. le Dr Parmentier (Flize), membre de l'Association amicale, de la Société locale et du Concours.

Arrondissement de Réthel.

M. le Dr Troyon (Réthel), délégué à la commission administrative de la Société locale, secrétaire du Syndicat de Réthel, membre du Concours.

M. le Dr Lamiable (Château-Porcien), membre de la Société locale.

Arrondissement de Rocroy.

M. le Dr Hamaide (Rocroy), membre de la Société locale, vice-président du Syndicat de Rocroy.

M. le Dr Desplous (Rimogne), membre du Concours et de la Société locale.

Arrondissement de Sedan.

M. le Dr Peltier (Sedan), président du Syndicat de Sedan, membre de la Société locale.

M. le Dr Gairal (Carignan), membre de la Société locale, assesseur du Syndicat.

Arrondissement de Vouziers.

M. le Dr Rousseau (Vouziers), trésorier de la Société locale.

M. le Dr Martin (Le Chesne), membre de la Société locale.

Chimères et réalités.

Quelques esprits inquiets nous avaient dit: « Vous parviendrez bien difficilement à secouer la torpeur du corps médical, les routines et les négligences, dont il est parfois coutumier ; à faire pénétrer dans nos mœurs une mesure pourtant si pratique de l'assurance contre la maladie ; à vaincre les obstacles qui vous seront suscités par les Sociétés locales, en majorité hostiles à votre Association. »

Bien nous en a pris de ne pas nous être laissés aller au découragement. L'Association amicale est à peine fondée, et les adhésions sont déjà venues de tous côtés. Les Sociétés locales, que l'on croyait peu favorables (parce que la question avait été différemment posée) à l'*Œuvre indemnité de droit en cas de maladie*, nous fournissent les trois quarts de nos délégués et correspondants, et ceux-ci organisent partout une propagande qui promet d'être des plus fructueuses. Les critiques singulièrement étonnantes et mal fondées qui ont été répandues (on ne sait pourquoi) à profusion par un des organes de la presse médicale, ont eu pour résultat.... de nous amener une poussée d'adhésions nouvelles ! ! !

En présence de ces premiers résultats, nous sommes certainement autorisés à dire que cette question de l'*indemnité maladie* était bien mûre, et que l'heure de la réalisation avait sonné. Et c'est aussi l'avis d'un grand nombre de médecins, qui, arrivés à la fin de leur carrière, nous disent combien ils regrettent que cette heure n'ait pas sonné plus tôt.

N. B. — Pendant le trimestre qui se termine, les membres du Conseil d'Administration se sont réunis au moins une fois par mois parce qu'ils avaient à régler des détails d'organisation. Ils ont profité de chaque réunion pour prononcer des admissions à mesure que les dossiers rentraient au Secrétariat. Cette détermination avait été prise dans le but de donner satisfaction aux adhérents, qui avaient pu avoir à subir des retards involontaires.

Mais l'heure est venue de rentrer sur ce point dans l'application des statuts (Art. 39).

En conséquence, les admissions qui seront prononcées à la séance du 31 mars porteront la date du 1er avril, celles du 20 juin la date du 1er juillet, celles du 20 septembre la date du 1er octobre, celles du 20 décembre la date du 1er janvier.

Cette mesure est indispensable au point de vue de la régularité des écritures du secrétaire, et des opérations du trésorier.

CONGRÈS INTERNATIONAL MÉDICAL

Le nombre des *Congressistes Français*, inscrits pour le voyage de Rome, a dépassé les prévisions. Six cents médecins, dames ou étudiants, ont payé leurs cotisations. Au dernier moment, la *Société des Voyages pratiques* a été dans l'obligation de refuser de nombreuses demandes. Le choix fait par l'Association de la presse médicale a été très heureux, et d'après nos renseignements, elle n'aura qu'à se louer de sa détermination.

M. le Professeur *Bouchard* et M. le professeur *Cornil* représenteront la France. M. le doyen *Brouardel*, pour diverses raisons, a été empêché de se rendre à Rome. Depuis notre arrivée en Italie, le 23 mars, le temps est merveilleux.

Gênes, la superbe, la ville des Palais, a de nombreux établissements médicaux. Elle vient d'inaugurer, notamment, un merveilleux édifice, *l'hôpital de Saint-André apôtre*, pour 1,200 malades. La ville de Gênes le doit à la générosité de la duchesse de Galliera. Elle a consacré à cette œuvre vingt-deux millions et, en outre, elle l'a dotée de cinq cent mille francs de revenu annuel.

Joints à l'hôpital se trouvent une clinique et un dispensaire d'une installation remarquable.

L'hôpital, lui-même, consiste en une vaste galerie sur colonnes, dans le genre de celle du Trocadéro, fermée par d'immenses vitraux, qui sert de promenoir aux malades. Le rez-de-chaussée est consacré aux services accessoires. Perpendiculairement à la galerie de façade se développent de nombreuses salles de malades, toutes indépendantes et bien orientées, en vue du soleil.

Ce qu'on ne saurait trop louer, trop admirer, c'est la façon dont l'architecte a dépensé les sommes énormes mises à sa disposition. L'hôpital est d'une ampleur, d'une gaîté de teintes, de sobre décoration qui font douter qu'on se trouve dans un hôpital plutôt que dans un musée. Vastes jardins, salles d'opération, de cours, matériel hospitalier, aération irréprochables. Rien ne manque à cette remarquable œuvre architecturale.

Notation d'infamie : Dans une place apparente, sur une plaque de marbre, la République de Gênes, depuis longtemps, inscrivait les noms des hommes qui avaient commis des crimes qu'elle n'avait pas pu ou daigné poursuivre. L'intendant de la duchesse de Galliera lui a soustrait 11 millions, au cours des travaux. Elle n'a pas voulu exercer des poursuites. Mais elle a imité les anciens exemples de la République : elle a fait placer une plaque commémorative qui note d'infamie, le coupable.

C'est un moyen de répression original. Il a le tort de faire porter, à plusieurs générations, la responsabilité du crime d'un seul.

On nous entretient, bien souvent, de la détresse italienne. Nous avons déjà visité plusieurs villes. Mais jusqu'ici nous n'avons pu percevoir un seul signe extérieur de cette détresse, notamment dans les nombreux établissements médicaux que nous avons visités. Ils ne sont pas supérieurs aux nôtres ; mais ils se ressentent néanmoins du goût très sûr des artistes Italiens. Leurs dispositions architecturales sont bien comprises et on fait des sacrifices à l'agréable disposition des lieux.

On ferait un bien triste parallèle si on voulait comparer notre *Ecole pratique* toute neuve, inhabitable, qu'on ne peut chauffer, qui a coûté des sommes énormes, avec l'*hôpital Galliera de Gênes*. On entre dans celui-ci par un vaste vestibule décoré de fresques d'une fraîcheur, d'un goût incomparables, et tout l'édifice donne le sentiment d'un confort, d'un bien-être que l'on ne peut éprouver dans les caves humides dues à l'architecte de la Faculté. Nos maîtres nous disent qu'ils n'y peuvent rien ! que les architectes sont maîtres chez nous ; qu'ils veulent que *ça cube*. Si l'Europe nous les envie, ceux d'Italie doivent faire exception.

Pise, 27 mars.

L'antique ville de Pise, outre ses monuments si connus, sa Tour penchée, le Baptistère, la Cathédrale, le Campo-Santo, qui, après des siècles, semblent dater par leur conservation, d'une époque récente ; Pise, est une vieille ville médicale.

Son Université, son École de médecine, ont été restaurées et la ville de *Galilée*, d'*André Vésale*, avec ses cent élèves fait encore bonne figure. L'hôpital est un des plus anciens de l'Italie ; l'Ecole de médecine est assez bien outillée et la réception faite aux Congressistes a été aussi courtoise que celle qui les a accueillis à Gênes. Nous avons plaisir à le constater.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'année préparatoire aux études médicales.

Nous avons publié en temps opportun (août et septembre 1893), les rapports de MM. Brouardel et Darboux, qui ont motivé les décrets du 31 juillet 1893 sur la réorganisation des études médicales.

Nous avons publié également le décret instituant dans les Facultés des sciences un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, obligatoire pour les aspirants au Doctorat en médecine et (en février 1894) l'arrêté ministériel réglant les conditions de cet examen.

Il nous paraît intéressant de donner des détails complémentaires sur le travail de cette année préparatoire aux études médicales.

Et tout d'abord voici la circulaire adressée aux recteurs sur l'époque où le nouveau régime deviendra obligatoire.

Circulaire ministérielle.

Paris, le 9 mars 1894.

Monsieur le Recteur,

J'ai l'honneur de vous adresser les nouveaux règlements des études médicales, qui entreront en vigueur le 1er novembre 1895. J'y joins le décret qui a institué, corrélativement, dans les Facultés des sciences un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et l'arrêté qui détermine les programmes de l'examen dudit certificat.

La réforme, à laquelle le conseil supérieur a donné, après la majorité des Facultés, une pleine adhésion, réalise des idées depuis trop longtemps agitées dans l'enseignement supérieur pour qu'il soit né-

cessaire de la commenter ici ; vous en trouverez d'ailleurs les raisons dans les deux rapports présentés au Conseil supérieur, au nom de ses commissions, par MM. les doyens de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences de Paris.

L'objet de la présente circulaire est d'appeler votre attention, celle des corps enseignants et surtout celle des familles, sur deux questions relatives à l'application de ces nouveaux règlements. Tout d'abord, la date d'application. Aux termes des décrets, le nouveau régime des études médicales doit commencer à fonctionner à partir de l'année scolaire 1895-1896, et l'enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, exigible à partir du 1er novembre 1895, des aspirants au doctorat en médecine, doit être organisé, dans les Facultés des sciences et près les écoles de médecine de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine réorganisées, situées dans des villes dépourvues de Facultés des sciences, à partir du 1er novembre 1894.

Il en résulte que, pour l'année 1894-1895, les aspirants au doctorat en médecine seront admis à prendre leur première inscription à la date réglementaire en justifiant du baccalauréat ès lettres ou du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique, et feront leurs études médicales sous le régime du décret de 1878.

Par suite, il sera ouvert pour ledit baccalauréat restreint des sessions d'examens en juillet et en novembre 1894.

Par là sera ménagée, dans la mesure la plus large, la transition entre les deux régimes. Mais il serait impossible d'aller plus loin. Les candidats au baccalauréat restreint qui n'auraient pas réussi, au plus tard, à la session de novembre 1894, devront suivre, à partir de cette date, l'année préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, et se pourvoir, s'ils veulent être admis à prendre plus tard inscription en vue du doctorat en médecine, du certificat d'études institué par le décret du 31 juillet 1893.

J'appelle maintenant l'attention toute particulière des familles sur un des effets qu'avec le Conseil supérieur de l'instruction publique, j'attends de la nouvelle organisation.

Le nombre des étudiants en médecine s'est beaucoup accru en ces trois dernières années. J'ai la conviction que ce fait résulte en grande partie de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, qui a supprimé l'officiat de santé, tout en permettant de prendre inscription en vue de l'officiat jusqu'au 1er décembre 1893, autrement je ne serais pas sans concevoir quelque alarme d'un accroissement disproportionné avec les besoins du pays : quoi qu'il en soit, l'accroissement constaté, et c'est là le point sur lequel je crois devoir insister, ne s'est pas produit partout dans les mêmes proportions. Très sensible dans les Facultés de Lyon, de Bordeaux et de Montpellier, il a été véritablement excessif à la Faculté de Paris. Il en résulte pour les étudiants de cette Faculté des inconvénients divers, sur lesquels mon attention vient d'être tout récemment appelée par le Conseil général des facultés de Paris. Si considérables, si variées que soient les ressources, elles sont fatalement insuffisantes pour les 5.000 étudiants de la Faculté.

Le nouveau régime d'études, en organisant, dans un assez grand nombre de départements, l'année d'études scientifiques préparatoire aux études médicales proprement dites, pourra, si les familles comprennent les vrais intérêts de leurs enfants, remédier en grande partie à ce fâcheux état de choses. Pourquoi, au sortir du collège, venir, par exemple, de la Côte-d'Or, du Calvados ou de la Loire-Inférieure, chercher à Paris cet enseignement préparatoire, quand on l'aura, donné dans d'excellentes conditions, par des maîtres d'élite, à Dijon, à Caen ou à Nantes ? Et pourquoi, une fois achevée cette année préparatoire, ne pas faire aux mêmes lieux, dans des conditions plus avantageuses pour le travail et le progrès que dans des centres pléthoriques, quelques années d'études médicales ? Il en résulterait, sans dommage pour personne, au profit de tous, une décentralisation indispensable. La loi, l'administration de l'instruction publique et les municipalités ont tout fait pour que les écoles de médecine répondissent à leur destination. Les familles ne le savent pas assez.

J'aurai à vous adresser prochainement, pour les Facultés des sciences, des instructions spéciales touchant le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Elles seront l'objet d'une autre circulaire. J'ai voulu me borner aujourd'hui à des indications de nature à répondre aux préoccupations des familles.

Vous voudrez bien, outre les communications ordinaires, adresser la présente circulaire aux chefs des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort et les prier d'en donner lecture dans les classes de rhétorique et de philosophie.

Recevez, etc....

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
E. SPULLER.

Conformément aux instructions du Ministre, les Proviseurs ont, dans les lycées, donné lecture de la circulaire ainsi que des arrêtés et réglements. Ils y ont joint, paraît-il, des commentaires sur l'augmentation du nombre des étudiants, sur la pléthore du Corps médical qui s'en suivra forcément dans un avenir prochain et sur les difficultés sérieuses que présentera l'examen des sciences physiques, chimiques et naturelles nouvellement institué.

Ils ont insisté particulièrement sur ce fait que le cours de physique serait d'un niveau trop élevé pour pouvoir être suivi des élèves pourvus du Baccalauréat lettres-philosophie et que, dès la rentrée prochaine, un cours particulier de mathématiques devra être ouvert pour les élèves de philosophie qui se destinent aux études médicales.

Tout cela aurait besoin d'être sérieusement commenté : nous pensons bien y revenir. Nous nous bornons actuellement à publier le programme des études de ce fameux enseignement scientifique préparatoire.

Malgré sa longueur nous donnons en entier l'arrêté ministériel du 31 décembre.

Programme des études physiques, chimiques et naturelles.

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes.

Vu le décret du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête ainsi qu'il suit les programmes prévus par l'article 5 du décret du 31 juillet 1893 susvisé :

Physique.

Trois heures par semaine consacrées aux leçons et aux interrogations.

Travaux pratiques : une séance d'au moins trois heures par semaine.

Les travaux pratiques sont coordonnés à l'enseignement.

Notions de mécanique. — Mouvement d'un point. — Trajectoire. — Inscription graphique des mouvements. — Vitesse. — Mouvement uniforme. — Mouvement uniformément varié. — Accélération.

Force ; définition. — Dynamomètres.

Rappel des lois de la chute des corps.

Inertie.
Action et réaction.
Composition des forces concourantes et des forces parallèles établies expérimentalement.
Centre des forces parallèles. — Centre de gravité.
Notions élémentaires sur les machines simples : levier ; balance ; poulie ; moufle ; plan incliné.
Masse. — Sa mesure avec la balance.
Force centripète.
Travail d'une force. — Théorème des forces vives. — Energie potentielle. — Energie cinétique.
Pendule. — Application à la mesure du temps.
Notions sur l'élasticité et sur la ténacité.
Hydrostatique. — Principe de Pascal. — Définition de la pression. — Pression sur les parois. — Principe d'Archimède. — Corps flottants. — Vases communiquants. Densités. — Aéromètres.
Capillarité. — Tension superficielle. — Applications.
Notions sur la compressibilité des liquides.
Pneumatique. — Propriété des gaz. — Pression atmosphérique. — Baromètres. — Manomètres. — Pompes. — Siphons. — Aérostats.
Loi de Mariotte. — Machines pneumatiques. — Pompe de compression. — Presse hydraulique. — Trompes.
Mélange des gaz. — Dissolution des gaz. — Diffusion. — Effusion. — Osmose.
Chaleur. — Dilatation des corps par la chaleur.
Thermométrie. — Relation entre le volume, la pression et la température d'une masse gazeuse. — Définition du poids spécifique des gaz. — Poids du litre d'air.
Dilatation de l'eau.
Fusion. — Solidification. — Dissolution. — Mélanges réfrigérants.
Vaporisation : évaporation et ébullition. — Vapeurs saturées et non saturées. — Liquéfaction des gaz. — Point critique. — Principe de Watt.
Hygrométrie.
Calorimétrie. — Chaleurs spécifiques des corps solides et liquides. — Chaleurs de fusion et de vaporisation. — Sources de chaleur et de froid.
Conduction de la chaleur. Convection.
Principe de la machine à vapeur : condenseur, détente.
Equivalence de la chaleur et du travail ; nécessité de l'identité de l'état initial et de l'état final. — Conservation de l'énergie. — Enoncé du principe de Carnot.
Mouvement ondulatoire. — Mouvement pendulaire. — Représentation graphique. — Composition de deux mouvements de même période (énoncé). — Propagation d'ondes transversales et longitudinales. — Longueur d'onde. — Ondes liquides. — Réflexion du mouvement ondulatoire. — Principe des interférences.
Acoustique. — Production du son. — Propagation. — Vitesse du son. — Réflexion du son, écho. — Intensité du son, tubes acoustiques. — Hauteur du son. — Intervalles musicaux. — Gamme.
Battements. — Sons résultants.
Cordes vibrantes. — Harmoniques. — Analyse des sons complexes. — Timbre. — Phonographe.
Optique. — Propagation de la lumière. — Vitesse.
Photométrie.
Lois de la réflexion. — Miroirs plans. — Miroirs sphériques concaves et convexes.
Réfraction ; indice de réfraction. — Prisme. — Lentilles sphériques. — Convergence et dioptrie.
Chambre noire. — Microscope solaire. — Appareils de projection.
Dispersion. — Spectroscope. — Spectres des différentes sources. — Radiations caloriaques lumineuses et chimiques. — Raies du spectre.
Chaleur rayonnante. — Emission. — Réflexion. — Réfraction. — Diffusion. — Absorption. — Caractères complémentaires des radiations transmises et absorbées. — Identité des radiations calorifiques et lumineuses.
Transformation des radiations. — Phosphorescence.
Notions sur l'achromatisme.
Loupe. — Microscope. — Chambre clairc. — Principe de la lunette astronomique, de la lunette de Galilée et du télescope.
Principe de la photographie.
Notions d'optique physique. — Interférences de la lumière. — Longueur d'onde. — Lames minces. — Double réfraction. — Polarisation. — Polariseurs et analyseurs. — Les vibrations lumineuses sont transversales. — Microsoope polarisant. — Polarisation rotatoire ; lois expérimentales. — Saccharimétrie.
Magnétisme. — Phénomènes généraux. — Fantômes magnétiques. — Lignes de force.
Electrostatique. — Electrisation par frottement. — Conducteurs ; isolants. — Electroscope. — Force électrique. — Lignes de force. — La force électrique est nulle dans un conducteur en équilibre. — La charge est à la surface. — Enoncé de la loi des actions électriques. — Unité d'électricité ; mesure des charges électriques. — Distribution de l'électricité ; pouvoir des pointes.
Notions élémentaires et expérimentales sur le potentiel et la capacité électrique.
Condensateurs ; leur capacité. — Bouteille de Leyde. — Batteries.
Electrophore. — Machines électriques. — Etincelle électrique. — Effluve.
Electricité dynamique. — Définition d'un élément de pile. — Différence de potentiel entre les pôles : force électromotrice. — Expériences de Galvani et Volta. — Courant électrique. — Expérience d'Œrstedt. — Galvanomètre.
Electrolyse. — Lois de Faradey. — Actions chimiques des courants. — Galvanoplastie. — Dorure. — Argenture. — Polarisation. — Accumulateurs. — Intensité d'un courant, sa mesure chimique. — Loi d'Ohm dans un fil homogène. — Résistance. — Cas d'un circuit fermé. — Force électromotrice totale sur le circuit.
Piles termo-électriques ; application à la mesure des températures.
Unités pratiques de résistance, de force électromotrice, d'intensité. — Boîtes de résistances. — Ampèremètres. — Voltmètres. — Mesure des résistances.
Production de la chaleur par les courants. — Loi de Joule.
Notions expérimentales sur l'action des courants sur les courants et sur les aimants. — Solénoïdes. — Analogie d'un solénoïde et d'un aimant. — Alimentation par les courants ; applications.
Induction par les courants et par les aimants. — Loi de Lenz. — Extra-courants. — Appareils d'induction.
Principe des machines magnéto et dynamo-électriqués. — Eclairage électrique. — Transport de l'énergie.
Téléphone et microphone.
Décharge oscillatoire. — Ondes électromagnétiques.
Météorologie. — Climatologie : Température de l'air. — Climats. — Isothermes. — Influence de l'altitude. — Température du sol et des sources. — Température de la mer.
Pression atmosphérique : Ses variations. — Isobares. — Vent. — Relations du vent avec les isobares. — Vents réguliers ; vents alizés, moussons.
Humidité atmosphérique : Rosée. — Gelée blanche. — Brouillard. — Nuages. — Pluie. — Neige. — Grêle. — Verglas. — Arc-en-ciel. — Halos.
Electricité atmosphérique : Champ électrique atmosphérique. — Variations du potentiel avec l'altitude. — Electrisation des nuages. — Eclair ; tonnerre ; foudre. — Paratonnerre. — Aurores polaires.
Magnétisme terrestre : Champ magnétique. — Déclinaison. — Inclinaison.
Météorologie dynamique : Variations irrégulières

du baromètre. — Centres de basse pression. — Bourrasques ; leur mouvement ; leurs effets sur le temps. — Cyclones. — Trombes.

Chimie

Chimie Générale : Trois leçons par semaine de novembre à janvier. — Deux leçons par semaine à partir de janvier.
Chimie Analytique : Une leçon par semaine à partir de janvier.

TRAVAUX PRATIQUES.

Trois séances de trois heures au moins par semaine.
Manipulations. Les travaux pratiques seront consacrés principalement à la chimie analytique.

CHIMIE GÉNÉRALE.

Analyse et synthèse.
Lois numériques des combinaisons.
Nomenclature. — Fonctions chimiques.
Nombres proportionnels. — Poids moléculaires, poids atomiques.
Chaleur dégagée dans les réactions chimiques. Principes fondamentaux de la thermo-chimie.

MÉTALLOIDES.

Hydrogène. Première famille : Histoire du fluor, du chlore, du brome et de l'iode.
Leurs combinaisons hydrogénées.
Combinaisons oxygénées du chlore : acide hypochloreux, acide chlorique.
Deuxième famille : Oxygène, soufre.
Eau : eau oxygénée, ozone, hydrogène sulfuré.
Composés oxygénés du soufre, acides sulfureux, sulfurique, hyposulfureux.
Troisième famille : Azote, phosphore, arsenic.
Air atmosphérique.
Composés hydrogénés et oxygénés.
Bore, acide borique.
Quatrième famille : Carbone, silicium.
Oxyde de carbone, acide carbonique, sulfure de carbone.
Silice.
(A propos de chaque acide, donner les réactions caractéristiques.)

MÉTAUX

Propriétés physiques.
Action de l'oxygène, du soufre et du chlore.
Alliages.
Sels. — Action générale de l'eau, des acides, des bases et des autres sels.
Eléments de mécanique chimique.
Métaux alcalins : Potassium, sodium.
Oxydes, chlorures, sulfures, sulfates, azotates, phosphates, borates, carbonates, silicates.
Quelques mots sur les composés du lithium.
Principaux sels ammoniacaux.
Métaux alcalino-terreux : Calcium, strontium, barium.
Principaux sels.
Métaux magnésiens : Magnésium, zinc.
Principaux sels.
Aluminium : Principaux sels. — Aluns. — Argiles. — Porcelaines. — Verres.
Chrome : Oxydes, chromates.
Manganèse, fer, zinc.
Oxydes et principaux sels.
Quelques mots sur le nickel, le cobalt et le cadmium.
Etain : Chlorures, oxydes.
Antimoine : Composes hydrogénés, oxygénés, chlorures.
Bismuth : Oxyde et azote.
Plomb : Chlorures, oxydes, principaux sels.
Alliages contenant de l'étain, du bismuth, et du plomb.
Cuivre : Chlorures, oxydes, principaux sels.
Alliages à base de cuivre : Bronzes, laitons.
Mercure, Chlorures, iodures ; oxydes, sulfures ; sulfates et azotates.
Amalgames.
Argent : Chlorure, oxyde, azotate. — Alliages.
Argenture.
Or : Chlorures. — Alliages. — Dorure.
Platine : alliages.
(On ne donnera que des notions très sommaires sur la métallurgie de chaque métal. On insistera au contraire sur les caractères analytiques).

CHIMIE ORGANIQUE (1)

Principes de la méthode analytique et de la méthode synthétique.
Fonctions chimiques. — Séries homologues, isomérie.
Carbures de la série grasse : Formène et dérivés chlorés ; carbures saturés ; pétroles.
Ethylène ; carbures éthyléniques en général.
Acétylène ; carbures acétyléniques et polymères.
Carbures aromatiques : Benzine, toluène, naphtaline, anthracène.
Térébenthine : Isomères et polymères. Caoutchouc, gutta-percha.
Gaz de l'éclairage.
Alcools monoatomiques : Alcools méthylique, éthylique, amylique. — Alcool allylique, campholique, et cholesterine.
Ethers et leur formation. — Ethers mixtes.
Alcools polyatomiques : Glycérine. — Corps gras ; saponification.
Mannite.
Matières sucrées et hydrates de carbone.
Glucoses, saccharoses ; sucre de canne, sucre de lait. — Glucosides. — Celluloses ; amidon. — Dextrines.
Phénols : Phénol. — Pyrogallol. — Naphtol. — Orcine. — Alizarine.
Aldéhydes : aldéhyde éthylique ; chloral aldéhyde benzoïque. — Acétones. — Camphres.
Acides monobasiques : Acides formique, acétique, butyrique, valérianique.
Acides gras.
Acide benzoïque.
Acides bibasiques : Acides oxalique, succinique.
Acides à fonction mixte : Acides lactique, malique, tartrique, citrique, salicylique, gallique. — Tanins.
Amides : Principes de classification. Acétamide, oxamide ; acide oxamique. Urée. — Acide urique.
Nitriles. — Cyanogène, acide cyanhydrique. Cyanures simples et cyanures complexes, Acides cyaniques.
Amines : Classification.
Amines de la série grasse : Méthylamine, éthylamine.
Amines aromatiques : Aniline, rosaniline.
Notions générales sur les alcalis naturels : Morphine, quinine, strychnine, cocaïne, nicotine.
Matières albuminoïdes. — Lait, sang.
Fermentations.

CHIMIE ANALYTIQUE

Analyse quantitative par voie humide.

Recherche du métal d'un sel dissous dans l'eau.
Recherche des métaux dans un mélange de deux sels dissous dans l'eau.
Recherche de l'acide d'un sel dissous dans l'eau, des acides dans un mélange.
Essai des matières minérales insolubles dans l'eau. — Cendres végétales.
Alliages, métaux usuels.
Caractères analytiques des principaux acides organiques.

Analyse quantitative par liqueurs titrées.

Alcalimétrie, acidimétrie.
Iode et hyposulfite de sodium.
Permanganate de potassium.
Essais par réduction et oxydation.
Essais des alliages d'or et d'argent.
Essais des eaux : hydrotimétrie.
Analyse des gaz.

(1) La chimie organique ne devra pas occuper plus du tiers des leçons.

Reconnaissance des principaux gaz.

Méthodes d'analyse quantitative des gaz ; méthode des absorbants, méthode eudiométrique. Application à quelques mélanges gazeux usuels.

Analyse organique.

Dosage du carbone, de l'hydrogène, de l'azote, de l'eau, des cendres.

Recherche du soufre, du phosphore et des métaux.

Sciences naturelles.

Trois heures de cours par semaine.

Une heure de botanique et deux heures de zoologie pendant le premier semestre ; une heure de zoologie et deux heures de botanique pendant le second.

Zoologie (1).

TRAVAUX PRATIQUES.

Une séance de trois heures au moins par semaine. Dissections, déterminations, les travaux pratiques sont coordonnés à l'enseignement.

Caractère des animaux. — Caractères communs avec les végétaux. — Caractères distinctifs.

Cellule, division cellulaire. — Protoplasme, Animaux monacellulaires et pluricellulaires.

Différenciation des éléments anatomiques. — Tissus. Mode de formation.

Organes et appareils. — Morphologie et physiologie. — Division du travail physiologique. — Modifications des organes suivant leur rôle physiologique.

Fonctions de nutrition. — Appareil digestif; Dents. — Glandes salivaires. — Estomac. — Intestins. — Foie. — Pancréas.

Aliments et leurs transformations. — Action des sucs digestifs. — Absorption intestinale.

Principales modifications de l'appareil digestif dans la série animale.

Sang : Sa composition. — Ses propriétés physiologiques.

Appareil circulatoire: Cœur, artères. veines. — Vaisseaux lymphatiques. — Mécanisme de la circulation. — Principales modifications de l'appareil circulatoire dans la série animale. — Phénomènes de l'absorption.

Appareil respiratoire : Poumons, branchies, trachées. — Respiration cutanée. — Mécanisme de la respiration. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Asphyxie.

Chaleur animale : Phénomènes chimiques qui la produisent.

Secrétions et excrétions : Glandes. — Appareil urinaire. — Urée. — Acide urique. — Mamelles, lait. — Glandes sudoripares, etc.

Rate. — Corps thyroïde. — Glandes vasculaires sanguines.

Phénomènes généraux de la nutrition. — Assimilation et désassimilation. — Rations d'entretien. — Transformation des forces dans l'organisme.

Fonctions de relation. — Appareil locomoteur : Squelette, articulations. — Muscles. — Modifications de l'appareil locomoteur dans la série animale.

Système nerveux : Axe cérébro-spinal. — Nerfs. — Système grand sympathique. — Fonctions des centres nerveux et des nerfs.

Modifications du système nerveux dans la série animale.

Organes des sens : Toucher et tact. — Peau. Productions tégumentaires. Leurs transformations.

Vue. — Œil et ses annexes. — Théorie optique de la vision.

Ouïe. — Oreille et audition.

Goût. — Langue. — Saveurs.

Odorat. — Fosses nasales. — Odeurs.

Appareils producteurs des sons. — Larynx. — Production de la voix.

Organes producteurs de lumière et d'électricité.

Reproduction. — Eléments reproducteurs. — Génération sexuée, asexuée. — Conjugaison. — Globules polaires. — Fécondation. — Parthénogenèse.

Premiers phénomènes du développement. — Segmentation. — Formation des feuillets blastodermiques. — Feuillet externe. — Feuillet interne. — Leur destination. — Développement abrégé — Métamorphoses.

Classifications : Leur but.

De l'espèce. — Variabilité. — Races. — Hybridité. — Concurrence vitale et sélection naturelle. — Influence des milieux. — Hérédité. — Classifications artificielles ou système. — Méthodes dichotomiques. — Classifications naturelle ou généalogique.

Principales divisions du règne animal.

Protozoaires : Sporozoaires. — Ciliés. — Flagellates.

Spongiaires : Eponges calcaires et silicieuses.

Polypes : Hydroïdes. — Acalèphes. — Coralliaires.

Echinodermes.

Annelés : Pathyhelminthes ou verts plats. — Trématodes. — Cestodes.

Migrations.

Némathelminthes ou vers ronds. — Nématodes. — Acanthocéphales.

Annélides. — Hirudinées.

Arthropodes : Insectes. — Caractères des principaux ordres. — Espèces utiles et nuisibles.

Arachnides. — Araignées. — Scorpions. — Acariens.

Crustacés. — Espèces comestibles.

Mollusques. — Principaux groupes.

Tuniciers.

Vertébrés. Division en classes.

Poissons.

Amphibies.

Reptiles. — Crocodiliens. — Sauriens. — Ophidiens. — Cheloniens.

Oiseaux. Principaux groupes. Espèces utiles.

Mammifères. — Division en ordres. — Caractères qui les distinguent. — Espèce utiles et nuisibles.

Apparition des animaux à la surface du globe. — Succession des faunes. Animaux contemporains des premiers hommes. — Notion de géographie zoologiques. — Dispersion ou localisation des animaux. — Influence du climat, de nature du terrain, des moyens de communication, de la végétation. — Migrations. — Domestication.

Influence réciproque des êtres animés. — Parasitisme.

Botanique.

TRAVAUX PRATIQUES

Une séance de trois heures au moins par semaine. Dissections, déterminations, herborisations.

Caractère des végétaux. Caractères communs avec les animaux. Caractères distinctifs.

Structure générale de la plante : Etude de la cellule. Cellules nues et cellules pourvues d'une enveloppe. Organismes unicellulaires et pluricellulaires.

Protoplasme. Noyau. Dérivés du protoplasme. Suc cellulaire et substances dissoutes. Membrane. Multiplications de la cellule.

Les tissus : Modes de formation. Différenciation morphologique des éléments anatomiques.

Les organes : Division du travail. Application de la connaissance des organes à la distinction des grands groupes du régne végétal. Etude comparée dans ces groupes.

Racine, forme, structure, développement.

Tige, forme, structure, développement.

Feuille, forme, structure, développement.

Fleur, forme, structure, développement, inflorescence.

Reproduction. Eléments reproducteurs sexués

(1) Caractères des animaux.

(1) L'étude de l'homme doit être faite d'une façon très sommaire.

et asexués. Phénomènes essentiels et accessoires.
1. Tallophytes. Développement par œufs, par spores, par simple division.
2. Muscinées. Développement. Spores. Protonéma. Plante différenciée, œuf et sporange.
3. Cryptogames vasculaires. Développement. Plante différenciée, spores, prothalle. Œuf et embryon.
3. Phanérogames. Formation et développement de l'œuf en embryon. Fruit et graine. Comparaison entre les angiospermes et les gymnospermes.

Physiologie

Vie active et vie ralentie. Germination de la graine, de la spore.
Nutrition : Aliments organiques et minéraux.
Plantes à chlorophylle. Fonction chlorophylienne
Plantes saprophytes et parasites avec ou sans chlorophylle.
Parasitisme et symbiose. Fixation du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène et de l'azote.
Respiration, transpiration, circulation, assimilation, désassimilation. Accumulation et emploi des réserves. Produits accessoires. Sécrétions et excrétions. Fermentations ; levures, mucors et bactériacées.
Aérobies et anaérobies. Cultures Pasteur. Procédés de stérilisation.
Irritabilité : Sensibilité et mouvements du protoplasme. Actions des agents extérieurs sur la cellule et les organes ; pesanteur, lumière, chaleur humidité, contact, agents chimiques.
Croissance et mouvements des plantes.
Modifications de structure et de formes produites par le milieu sur les organes ; adaptations.

Botanique spéciale.

De l'espèce. — Variabilité. — Races. — Hybbrides. — Concurrence vitale et sélection naturelle. — Adaptation et hérédité.
Classification : Nomenclature. — Détermination des plantes.
(On prendra de préférence pour exemples les espèces françaises les plus répandues et ayant des applications.)

Thallophytes.

Champignons. — Mycomicètes. Omycètes Urédinées. Basidiomycètes. Ascomycètes.
Polymorphisme, Hétérœcie des champignons parasites.
Algues. — Bactériacées et cyanophycées Chlorophycées. Phéophycées. Floridées. Characées.
Association d'un champignon et d'une algue. Lichens.

Muscinées.

Hépatiques et mousses.

Cryptogames vasculaires.

Fougères. Équisétacées. Rhizocarpées. Lycopodiacées.

Phanérogames gymnospermes.

Cydacées. Conifères. Gnétacées.

Phanérogames angiospermes.

Monocotylédones. — Graminées. Cypéracées. Aroïdées. Palmiers. Liliacées. Amaryllidées. Iridées. Orchidées.
Dicotylédones apétales. — Salicinées. Cupulifères. Urticacées. Euphorbiacées. Polygonées. Chénopodiacées.
Dicotylédones dialypétales. — Renonculacées. Papavéracées. Crucifères. Malvacées. Caryophyllées. Rutacées. Légumineuses. Rosacées. Ombellifères.
Dicotylédones gamopétales. — Primulacées. Apocynées. Borraginées. Solanées. Scrophularinées. Labiées. Rubiacées. Composées.
Notions de géographie botanique. — Dispersion des végétaux. — Influence du climat, de la nature des terrains (sol volcanique, granitique, calcaire, siliceux). — Flores anciennes. Origine de la houille, des lignites, de la tourbe.
Plantes cultivées et naturalisées.

Fait à Paris, le 31 décembre 1893. E. SPULLER.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès international médical de Rome. — La séance d'inauguration a eu lieu le 29 courant, à dix heures du matin, dans la plus grande salle couverte de Rome, celle du Théâtre Costanzi ; elle a été présidée par le roi Humbert.

Le roi, faisant taire en cette solennité ses préférences germaniques, a souhaité la bienvenue à ses hôtes quelle que soit leur patrie avec une égale courtoisie.

Si même nous en croyons des Italiens sans parti pris et très au courant des mouvements de l'opinion publique au-delà des Alpes, la population romaine réserverait à l'élément français du Congrès de médecine des manifestations de sympathie toutes particulières et au moins équivalentes à celles que notre flotte a trouvées à Gênes il y a dix-huit mois. D'ici à peu de jours, nous saurons si ces heureux pronostics se sont réalisés.

Les organisateurs italiens du Congrès ne peuvent témoigner aucune préférence, ils doivent tenir la balance égale entre toutes les nations.

Nos confrères français sont plus de cinq cents. Les sections au nombre de dix-neuf se partageront les travaux spéciaux sur l'anatomie, la pathologie, la gynécologie, la laryngologie, l'ophtalmologie, l'hydrologie, l'hygiène, la médecine légale, la médecine militaire, etc.

Nous rendrons compte des principales communications.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4
Vient de paraître :

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le Docteur Raymond Nogué, avec une préface de M. le Dr G. VARIOT, médecin des hôpitaux. In-18 de 650 pages. Prix : 6 fr.

En offrant au public médical ce Formulaire, le Dr Raymond Nogué a voulu mettre entre les mains de tout praticien un guide précis et sûr de thérapeutique infantile.

Bien que les maladies de l'enfance ne constituent pas à proprement parler une spécialité, il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé, au début de sa carrière, eût-il même fait un stage dans un hôpital d'enfants, fortement embarrassé pour formuler une ordonnance dans certaines affections du premier âge.

Ayant, comme ses confrères, rencontré ces difficultés, le Dr Raymond Nogué a pensé qu'il serait utile de réunir en un formulaire spécial de thérapeutique infantile les modes de traitement et les principales formules des maîtres français ou étrangers en pédiatrie.

Dans le champ chaque jour grandissant de la thérapeutique, il a judicieusement choisi les médications ayant fait leurs preuves entre les mains des hommes les plus autorisés. Il s'est également efforcé de citer de préférence les formules les plus simples, qui souvent lui ont paru être les meilleures.

La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer.

En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la posologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres.

D'une façon générale, chaque article comprend la prophylaxie de l'affection, son traitement pathogénique, le traitement des différents symptômes et le traitement des complications.

Envoi franco du volume cartonné à l'anglaise contre un mandat de 6 fr. à M. le directeur de la Société d'Éditions scientifiques, place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, franco 4 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 14 7 Avril 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Dimanche dernier, 1er avril, s'est tenue l'assemblée générale annuelle des membres de la caisse des pensions de retraite du corps médical français.

La séance était présidée par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, *président*, assisté de MM. Lande, *vice-président*, Verdalle, *trésorier*, Delefosse, *secrétaire général*, Maurat, *secrétaire des séances*, de Ranse, *Président du Conseil des censeurs*.

La réunion présentait le plus grand intérêt : la période des dix années pendant lesquelles la caisse ne devait pas fonctionner était expirée et l'on entrait dans le fonctionnement normal en délivrant les premières pensions.

Après la lecture du rapport du secrétaire général sur la situation morale de l'œuvre, le trésorier a fait l'exposé des comptes et montré que l'avoir social s'élevait à près d'un demi-million. La caisse est donc en pleine prospérité et, cette année encore, vingt-sept nouveaux adhérents se sont fait inscrire.

Les pensions servies en 1894 sont au nombre de sept : les unes sont complètes, savoir 1200 francs ; les autres sont partielles, les adhérents n'ayant fait que des versements partiels.

Mais une question plus importante encore se posait : l'intérêt de l'argent s'étant abaissé, la capitalisation ne pouvait plus se faire au taux prévu de 4 % : il fallait donc de toute nécessité modifier les tarifs des cotisations. D'autre part, certaines justes critiques adressées aux statuts rendaient nécessaire leur modification.

Après un lumineux exposé de la question par M. le Dr Lande, l'assemblée générale, à l'unanimité, a reconnu la nécessité de relever les tarifs et, prenant pour type la cotisation de 100 fr. à 25 ans comme âge d'entrée, a décidé que cette cotisation serait portée à 125 francs, les autres chiffres devant être corrélativement modifiés.

Cette solution s'imposait : en effet, 125 fr. à 3 % produisent à 60 ans d'âge le capital qu'assuraient 100 fr. à 4 % et qui avait été reconnu nécessaire pour le service des pensions. Elle était d'ailleurs préférable à l'institution d'un droit d'entrée qui aurait dû être assez élevé.

La situation des adhérents antérieurs ne pouvait être touchée ; elle reste donc ce qu'elle était, et l'augmentation votée ne s'appliquera qu'aux membres qui adhéreront postérieurement au 1er avril 1894.

M. le Dr Delefosse a fait l'exposé des autres modifications statutaires reconnues nécessaires : les plus importantes sont celles qui portent sur l'article 23.

La réserve n'est plus limitée à 50.000 francs, elle devient illimitée et reçoit chaque année non plus le tiers, mais 75 % des sommes disponibles. Le capital inaliénable reçoit les 25 % restants et la caisse auxiliaire ne reçoit plus rien. Cette dernière reste alimentée comme par le passé, ainsi qu'il est dit à l'article 30.

Ces mesures auront pour effet d'assurer, en même temps que la pérennité de l'œuvre, le taux des pensions, tel qu'il a été prévu dès l'origine.

Enfin, M. le Dr Gassot, chargé d'un rapport spécial, a proposé les modifications à la composition du conseil des censeurs et à son renouvellement.

Le nombre des censeurs est dorénavant fixé à neuf dont quatre au moins pour les départements. La durée de leurs fonctions est de 3 années et le conseil est renouvelable par tiers chaque année. Les membres sortants sont rééligibles. Enfin ils peuvent valablement délibérer au nombre de trois.

Ces modifications, toutes votées à l'unanimité par l'assemblée, ont été indiquées par l'expérience : nul doute qu'elles n'assurent le parfait fonctionnement de l'œuvre.

On a passé ensuite aux élections diverses :

M. le Dr Gassot, vice-président du Conseil des censeurs, a été nommé membre du comité directeur en remplacement de M. Barat-Dulaurier, démissionnaire d'après la lettre des statuts.

MM. les Drs de Ranse, Saint-Philippe, Bardy et Baronnet sont élus membres du Conseil des censeurs qui se trouve ainsi composé :

MM. Baronnet, de Mantes, Clochepin, de Paris, Sutils, de la Chapelle-la-Reine, sortants en 1895 ; Moreau, de Versailles, Porson, de Nantes, Millet, de Crépy-en-Valois, sortants en 1896 : de Ranse, de Paris, Bardy, de Belfort, Saint-Philippe de Bordeaux, sortants en 1897.

Il a été décidé, enfin, que le procès-verbal de l'Assemblée générale serait publié et envoyé à tous les membres adhérents.

Nous publierons en son entier ce procès-verbal dès qu'il nous aura été communiqué et le ferons suivre des commentaires qui paraîtront nécessaires.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les microbes des eaux minérales.

Aujourd'hui la fureur des eaux minérales est presqu'aussi intense dans le public que la « *furia operativa* » chez les chirurgiens. En présence des nombreuses épidémies que les hygiénistes attribuent aux mauvaises eaux potables, le monde, conseillé d'ailleurs par les médecins eux-mêmes, ne veut plus boire que de l'eau minérale. Or, toutes les eaux minérales ne sont pas dépourvues de microbes pathogènes : beaucoup contiennent ce coli-bacille que certains bactériologistes accusent de causer la fièvre typhoïde et même le choléra. Aussi, en présence de ce danger, auquel personne ne songe, l'Académie a-t-elle cru devoir s'en occuper spécialement et confier à une Commission le soin d'étudier les moyens de supprimer tout danger.

La Commission a nommé rapporteur M. le Dr *Albert Robin*, dont personne n'ignore la compétence chimique, et les conclusions qui ont été soumises à l'Académie et votées par elle, sont les suivantes :

Les manœuvres de la gazéification, de l'embouteillage et du décantage sont les principales causes de l'infection microbienne d'eaux qui sont pour la plupart parfaitement pures à leur griffon.

Il y a donc lieu de surseoir à l'autorisation de toutes les eaux minérales, qui ont subi le décantage ou la gazéification.

L'autorisation ne sera accordée que si l'eau en instance ne contient aucun bacille pathogène.

Le laboratoire de l'Académie sera doté du local, du personnel et des appareils nécessaires pour que la Commission puisse étudier la bactériologie de l'eau dont on sollicite l'autorisation, afin que l'eau ne soit autorisée que si elle joint la pureté microbienne à la stabilité de sa composition chimique.

En conséquence, l'Académie croit de son devoir de signaler aux pouvoirs publics le danger que fait courir aux consommateurs l'infection microbienne de certaines eaux minérales et d'insister pour qu'il ne soit mis en vente que de l'eau dont l'Académie aura les moyens de constater la parfaite innocuité.

L'opération de Phelps pour le pied bot varus équin.

Le Dr *Phelps*, de New-York, pratique l'opération suivante pour le pied bot varus équin chez les enfants :

On fait une incision partant *en avant de la malléole interne, s'étendant à 1/3 de la largeur de al plante du pied et pénétrant jusqu'au col de l'astragale, à son côté interne. Par cette brèche on peut couper l'abducteur du gros orteil, le tendon du*

FEUILLETON

Ma dernière consultation de l'année 1893.

Par le docteur P. Coulhon (de Montluçon) (1).

C'était le 31 décembre. Le froid était vif ; l'heure avancée. Le timbre de la pendule avait résonné dix fois dans le silence de la nuit.

Rentré depuis une demi-heure, après avoir ramé tout le jour la galère médicale et parcouru les champs et la ville, je m'étais affaissé sur un siège et, les pieds sur les chenets, je songeais.

Et que faire en un gîte à moins que l'on n'y songe?

Je pensais à l'année qui allait rentrer dans le néant, et au peu de bien que j'avais fait durant son cours.

Je songeais aux cruautés de la profession ; aux clients et à leur indépendance du cœur qui va toujours croissant ; et à notre état social, que les progrès de certaine science semblent ramener à la barbarie.

Je méditais sur la devise antique, qui servit de thèse à Schopenhauer et qui devient d'une actualité intense : *homo homini lupus.*

Invoquant les fées enchanteresses, qui devaient présider à la naissance du nouvel an, je les priais de rendre les hommes meilleurs, les femmes plus sincères, les confrères toujours plus indulgents, et de faire régner, enfin, la paix sur notre pauvre terre.

Je ne demandais pas d'épidémies — non, certes — ni même de nombreux malades, mais de bons et qui pussent comprendre que la reconnaissance n'est pas un vain mot et qu'à certaines heures il convient de la métalliser.

Je donnais une pensée de gratitude à notre illustre Brown-Séquard pour sa dernière découverte des sucs organiques, à laquelle bientôt peut-être il me faudra demander un peu de verdeur et de jeunesse. Puissent les extraits merveilleux posséder encore toute leur efficacité !

Pendant que ces réflexions et d'autres plus ou moins incohérentes vaguaient dans mon esprit, mon feu avait pâli ; les tisons à demi charbonnés

(1) Nous reproduisons l'intéressant article de M. le Dr Coulhon, membre du Concours et publié par la *Gazette des hôpitaux.*

jambier postérieur, l'aponévrose plantaire, les tendons des court et long fléchisseurs des orteils, et enfin le ligament deltoïdien et toutes ses branches si c'est nécessaire.

Il n'y a *pas d'avantage à prolonger l'incision des parties molles.*

Il est bien entendu que tout ceci ne se fait qu'après la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

On rompt les ligaments profonds, et si l'on ne parvient pas facilement à ramener le pied *au delà* de la rectitude, on peut faire *l'ostéotomie du col* de l'astragale. Si cela ne suffit pas encore, on peut enlever un coin du calcanéum, la pointe du coin joignant la ligne d'ostéotomie pratiquée sur le col de l'astragale.

Faute d'un résultat suffisant, on peut réséquer le cuboïde et le scaphoïde. En dernier ressort, on pratiquerait l'amputation de Pirogoff.

Sur **198** cas de pied bot, qui avaient presque tous été opérés ou traités par des appareils, M. Phelps n'a eu besoin de pratiquer l'ostéotomie que **22** fois.

On ne doit jamais pratiquer l'ostéotomie ou la résection de l'astragale comme première opération.

L'équinisme doit être corrigé et *au delà* pour cette raison qu'il faut déchirer et non couper le ligament latéral interne quand il est court, ce qui se rencontre une fois sur dix. Il faut le déchirer et non pas le couper, à cause des nerfs et des vaisseaux qui passent près de lui. On se sert du pied comme d'un levier et avec la main, ou avec une machine, on rompt le ligament. Si l'on a commencé par faire son incision, le pied est affaibli, on ne peut plus développer de force suffisante ; l'équinisme ne peut être corrigé et on a des rechutes.

Après la section sous-cutanée du tendon d'Achille, *si la peau est trop courte*, on fait une incision commençant *en avant de la malléole interne et s'étendant à angle droit du pied jusqu'à 1/3 de la plante, et on la porte jusque sur le col de l'astragale.*

Par cette incision on peut couper les tissus dans l'ordre déjà indiqué. Après la *section de chaque étage* de tissu, on fait *avec force des manœuvres de redressement*. Si on n'arrive pas à corriger et au delà la difformité, on pratique l'ostéotomie au ciseau sur le col de l'astragale.

Si cela ne suffit pas, on enlève sur le calcanéum un coin, dont la pointe rejoigne la ligne d'ostéotomie du col de l'astragale.

Faute de pouvoir redresser convenablement le pied, on résèque le cuboïde et le scaphoïde.

Remarquons que l'opération commence par des manipulations, marchant pas à pas jusqu'à l'ostéotomie, pour arriver dans des cas exceptionnels et en dernier ressort, à l'amputation de Pirogoff.

Si l'on suit régulièrement les divers temps indiqués, on trouvera que l'ostéotomie sera nécessaire dans à peine 10 ou 12 % de tous les cas ; et dans la moitié de ceux-ci, une simple ostéotomie linéaire du col, la moins grave des opérations sur les os, suffira.

Pansement antiseptique des mamelons. Traitement préventif et curatif des gerçures.

En dépouillant les bulletins statistiques des accouchées depuis l'ouverture de la clinique Baudelocque, M. *Lepage* a été frappé de la fréquence des complications légères du côté des seins comme cause de morbidité maternelle. Parmi ces complications, les plus nombreuses sont dues à des infections microbiennes des plaies (gerçures, crevasses, etc., etc.) du mamelon. De là cette conclusion pratique qu'il est nécessaire, chez toutes celles qui allaitent, de procéder à un nettoyage antiseptique de la région mamelonnaire avant chaque tétée et surtout avant la première tétée.

Ce qui a longtemps retenu les accoucheurs dans l'emploi d'antiseptiques énergiques, c'est la double crainte : 1° que ces antiseptiques ne déterminent l'irritation locale de la région mammaire ; 2° qu'absorbés par le nourrisson au moment de la tétée ils ne produisent chez lui des phénomènes d'intoxication. M. Lepage croit

---

se déjetaient dans l'âtre. Le froid se faisait sentir. C'était l'heure du repos. Aussi bien fallait-il retremper ses forces pour commencer vaillamment la nouvelle année.

Soudain, un coup de sonnette retentit.

Pourquoi pouvait-on bien me déranger à cette heure ? Pour une femme en couches, un enfant en convulsions, ou quelque ami de la table en proie à des remords d'estomac et d'entrailles ?

Le domestique, que le coup de sonnette avait arraché de son lit, vint les yeux écarquillés et, d'un air mystérieux, me dit :

« Deux dames désirent parler à monsieur.

— C'est pour un malade ?

— Non ; c'est pour consulter monsieur. »

Une consultation à cette heure — dix heures et demie — par une température sibérienne — il faisait 10 degrés au-dessous de zéro ! Deux dames ? Elles n'avaient ni froid ni peur. Quel était ce mystère ? Il y avait de quoi piquer la curiosité d'un praticien habitué déjà à bien des surprises.

« Faites entrer. »

Deux jeunes femmes sont introduites. L'une mince et brune, de petite taille, d'allure distinguée, mise avec élégance, le visage couvert d'une voilette épaisse à pois de velours, laissant apercevoir des traits délicats et des yeux noirs brillant comme des escarboucles. L'autre grosse et blonde, de grande taille, mise avec soin mais de physionomie un peu commune.

Elles ne sont pas plutôt assises sur une invitation d'un geste, que la première, entrant sur-le-champ en matière :

« Monsieur le docteur, dit-elle, je dois aller avec quelqu'un ce soir, et je suis venue vous prier de me donner un remède pour ne pas souffrir. »

Un peu surpris par cet exorde *ex abrupto*, je regardai fixement mon interlocutrice, qui avait l'air sérieux et aussi à l'aise que si elle avait demandé un remède contre la migraine.

Croyant que je n'avais pas compris, elle renouvela sa demande.

« J'ai compris, mademoiselle : je désirais vous entendre encore.

Mais êtes-vous bien sûre d'être exposée à souffrir ?

— J'en ai la certitude.

— Qui vous en a donné l'assurance ?

— J'ai essayé une première fois, et il m'a été impossible de le supporter.

ces craintes exagérées et l'innocuité des pansements antiseptiques énergiques lui a été démontrée par l'absence de tout accident pour la mère et pour l'enfant dans les cas déjà très nombreux où il les a employés.

Voici comment il faut procéder :

Dès que le travail commence, on lave avec soin la région aréolaire avec la liqueur de Van Swieten. Ce lavage est répété avant la première tétée. Avant de mettre l'enfant au sein, la région, lavée à la liqueur de Van Swieten, l'est de nouveau avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'acide borique. Nouveau lavage après que l'enfant a quitté le sein. Ces soins suffisent chez les femmes qui n'ont ni gerçures ni crevasses et qui ne souffrent pas au moment de la tétée.

Dès que les femmes commencent à souffrir, les soins sont un peu plus complexes ; il faut alors avoir recours aux pansements avec la solution glyco-mercurielle suivante :

Glycérine	500 gr.
Eau stérilisée (bouillie)	450 gr.
Alcool	50 gr.
Biiodure de mercure	0 gr. 10
Iodure de potassium	Q. S.

Ces pansements doivent être faits de la manière suivante :

On découpe des rondelles de tarlatane un peu plus grandes qu'une pièce de cinq francs; on les fait bouillir dans l'eau pendant un quart d'heure, puis on les met tremper dans la mixture. Après la tétée, on lave le mamelon avec cette même mixture, puis on applique sept ou huit de ces rondelles superposées. On les recouvre d'un taffetas gommé et on maintient le tout à l'aide d'un bandage. Au moment de la tétée suivante on défait le pansement, on lave à l'acide borique et on met l'enfant au sein. Après la tétée, on refait le pansement.

Cette manière de procéder a donné à M. Lepage d'excellents résultats. D'une part, les gerçures et les crevasses sont extrêmement rares chez les femmes dont le mamelon est lavé antiseptiquement avant les tétées ; d'autre part, quand ces accidents se produisent, ils restent à leur minimum et guérissent vite sous l'influence du pansement glyco-mercuriel.

L'actinomycose cutanée.

Dans une récente thèse, M. le Dr *Taburet* s'est attaché à étudier l'actinomycose cutanée primitive et secondaire, et de son travail il déduit les conclusions suivantes : L'actinomycose produit dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané des abcès à contenu fongueux, qui s'ouvrent et donnent issue à du pus. Ce pus renferme des grains jaunes qui sont des amas d'actinomycose.

L'actinomycose est un champignon ; au microscope on voit qu'il est composé d'une partie centrale, formée de fibres enchevêtrées, et d'une partie périphérique constituée par des prolongements claviformes, qui s'insèrent à cette partie centrale.

On peut considérer deux périodes dans l'évolution de l'actinomycose cutanée : une première période, nodulaire caractérisée par la présence d'un ou plusieurs nodules sous la peau, avec laquelle ils contractent bientôt des adhérences; et une deuxième période de suppuration, caractérisée par la présence de trajet fistuleux. Le système lymphatique est indemne. La maladie s'étend en profondeur et ne tarde pas à envahir les tissus sous-jacents. Réaction générale peu marquée. La marche envahissante de la maladie, son extension continue, en rendent le pronostic grave.

C'est principalement avec les lésions tuberculeuses et syphilitiques de la peau que l'actinomycose de la peau peut être confondue ; l'état général du malade, ses antécédents, et l'examen microscopique pour la tuberculose ; l'influence du traitement spécifique, l'apparition d'autres lésions diathésiques pour la syphilis, éclaireront le diagnostic. La présence des grains d'actinomycose dans le pus ou le tissu malade

---

— Avec la même personne ?

— Sans doute (avec un mouvement de protestation) avec la même personne.

— La seconde tentative sera peut-être plus heureuse ?

— Je suis persuadée du contraire.

— Mais, après tout, mademoiselle, êtes-vous donc forcée de vous exposer à pareille aventure? En cas pareil, il vaut mieux, ce semble, s'abstenir.

— Je suis engagée ; il n'est plus temps de reculer.

— C'est une idée.

— C'est mon idée.

— Elle est mauvaise.

— Peut-être, mais c'est mon opinion.

— En cas pareil, on ne doit pas avoir le courage de son opinion.

— Je n'ai pas le courage de souffrir; c'est pourquoi je vous supplie de me donner un remède. »

Le sort en était jeté ; l'année ne devait pas finir sans une solution définitive. Seulement, on voulait dénouer, au lieu de trancher, ce nouveau nœud gordien.

« En admettant, mademoiselle, que vous deviez éprouver une douleur, vous ne seriez pas la première, j'imagine. Nos mères et grand'mères ont toutes traversé cette première épreuve et l'histoire ne raconte pas qu'elles aient jamais consulté de médecin. Elles ont toutes ressenti une légère crainte, c'est probable ; mais plutôt de la curiosité, et quelques-unes un certain plaisir. Bon nombre de vos camarades seraient sans doute heureuses d'arriver à la même fin sans avoir recours au moyen que vous réclamez. — Comment vous nommez-vous ? » lui dis-je à brûle-pourpoint pour tâter sa sensibilité.

Sa compagne, souriant malicieusement, répondit :

« Elle s'appelle Lucie B... »

— Je m'appelle Lucie B.., répéta-t-elle un peu confuse de mon indiscrétion voulue.

— Allez trouver un pharmacien.

— Mais j'y suis allé, docteur. Il a été désolé de ne pouvoir me rendre service sans consultation d'un médecin. Il attend votre ordonnance.

— Vous lui avez donc expliqué le motif de votre démarche ?

— Nullement. Je n'aurais jamais confié pareille chose au pharmacien. Je lui ai demandé un remède pour m'endormir. »

ne sauraient laisser de doute sur la nature de l'affection.

Le parasite semble fixé normalement sur les plantes et particulièrement sur les graminées, il s'inocule à l'homme soit directement, soit par l'intermédiaire des animaux herbivores.

Le traitement de choix était autrefois chirurgical : il fallait enlever tous les tissus malades par un râclage énergique, en dépassant les limites du mal, afin d'éviter une récidive. Aujourd'hui le traitement interne par l'iodure de potassium semble devoir lui être préféré.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic des ulcérations de la langue.

On rencontre sur la langue des ulcérations de diverse nature. A ne rappeler que les plus fréquentes, les unes sont de cause purement locales : *ulcérations dentaires*, produites et entretenues par l'aspérité d'une dent ; les autres relèvent de la tuberculose, *ulcérations tuberculeuses* ; de la syphilis à ses diverses périodes, *chancre lingual, plaques muqueuses ulcérées, gommes ulcérées* ; ou du cancer de la langue, *épithélioma ulcéré*. On comprend de quelle utilité il est, au point de vue du pronostic et du traitement, d'établir le diagnostic différentiel de ces diverses ulcérations : point de pratique journalière, qui souvent embarrasse les plus expérimentés.

Ulcérations dentaires. — Lorsqu'un point de la langue se trouve en contact avec une dent cassée, ébréchée, coupante, avec l'aspérité d'un chicot, il peut s'enflammer, en raison des frottements continuels de la muqueuse contre cette irrégularité, cette aspérité dentaire. Il en résulte d'abord un petit noyau d'inflammation chronique, circonscrit, dur au toucher : puis, la cause persistant, la surface de ce petit noyau s'érode, s'ulcère : telle est l'ulcération dentaire. Souvent aussi elle débute à la suite d'une blessure produite par la mastication : les frottements continuels empêchent la petite plaie de se cicatriser, et l'ulcération s'établit. C'est donc sur les bords de la langue, au voisinage des molaires, et surtout des molaires inférieures, que siège de préférence l'ulcération dentaire.

Cette ulcération a une forme en général longitudinale, allongée d'avant en arrière, selon la direction même des mouvements habituels de la langue. Elle est limitée, peu profonde. Les bords en sont tuméfiés, parfois indurés, du fait de la glossite partielle déterminée par le contact de la saillie dentaire. Pendant la mastication, cette ulcération, frottant contre la saillie qui l'a produite et l'entretient, provoque une douleur plus ou moins vive, dont les malades caractérisent nettement la cause. Parfois, sous l'influence de ces contacts répétés, ou d'influences irritantes, tabac ou mets fortement épicés, cette petite ulcération s'enflamme : et l'on peut constater alors de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Le diagnostic de cette ulcération dentaire se résout à *constater l'état de la dent qui lui sert d'origine, à vérifier le « rapport de voisinage, de vis-à-vis, entre l'ulcération et la dent coupable »*. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que pour la production de cette ulcération, il n'est pas nécessaire que la saillie, l'aspérité dentaire soit très longue, ni très apparente : ce n'est souvent qu'une petite pointe à peine saillante ; on l'aperçoit à peine, mais on reconnaît facilement son existence avec la pulpe du doigt promené sur la face interne de l'arcade dentaire. On constate ainsi l'existence d'un chicot, d'une dent cariée et irrégulière, ou encore d'une dent déviée de sa direction normale : telle la dent de sagesse en éruption vicieuse.

Il suffit que la dent ou le chicot soit enlevé pour que cette ulcération se cicatrise rapidement, presque d'elle-même.

Rapport de voisinage avec une aspérité dentaire, cicatrisation rapide après la disparition de cette

---

Cette discrétion à l'égard du pharmacien me fit revenir sur ma première impression, qui était défavorable, et me rendit moins sévère.

Considérant l'attitude correcte, l'air sérieux, la franchise absolue de cette cliente extraordinaire, j'acquis, par quelques nouvelles questions, la conviction que la fantaisie seule ou une crainte puérile n'étaient pas les vrais mobiles d'une démarche aussi insolite. Il y avait assurément un état pathologique, un phénomène névropathique douloureux, probablement de l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme, qui se manifestaient aux approches sexuelles et en rendaient l'accomplissement impossible. L'idée de consulter pour un cas de ce genre — était-elle spontanée? — dénotait chez la jeune personne un sens pratique rare et une appréciation peu commune des choses de la vie ; car combien de femmes mariées, atteintes de vaginisme très douloureux, ne consultent pas ou ne le font qu'à la dernière extrémité ! Mais ce n'était là qu'une manifestation, un peu inattendue, et il est vrai, du progrès matériel de notre fin de siècle.

J'estimai que la consultation demandée ne devait pas être refusée.

Je formulai une ordonnance dans laquelle se mariaient le haschich à la morphine, le chloral à la cocaïne, et j'insistai pour connaître ultérieurement le résultat de la médication.

Sur ce, les visiteuses prirent congé, non sans avoir déposé, discrètement, une preuve palpable et tangible de la valeur qu'elles attachaient au conseil donné.

Le lendemain, dans la soirée, un billet parfumé, fleurant le mimosa, m'informait que la transition d'une année à l'autre s'était effectuée sans douleur, et m'exprimait, en termes pleins de tact, la plus vive reconnaissance.

Cette consultation était la dernière de l'année, mais on jugera peut-être avec moi qu'elle est la première entre toutes et qu'elle détient le record pour l'intérêt, la réussite et l'originalité.

L'anesthésie a rendu, depuis de longues années, et rend tous les jours d'immenses services ; mais jamais, que je sache du moins, elle n'a été appelée comme auxiliaire dans une opération de cette nature.

aspérité : voilà qui suffit à caractériser ce genre d'ulcération. Mais il peut exister, rarement il est vrai, certaines difficultés de diagnostic, tenant à ce qu'une ulcération spécifique, telle une ulcération syphilitique ou tuberculeuse, se localise volontiers en face d'une dent cariée. Une plaque muqueuse des bords de la langue est-elle située en face d'un chicot, elle peut se modifier, se creuser, s'ulcérer sous l'influence de l'aspérité qui l'irrite : ainsi elle perd sa physionomie primitive, participe des caractères de l'ulcère dentaire, embarrasse le diagnostic. Dans ces cas-là, la conduite à tenir n'en est pas moins nette : il faut commencer par enlever l'aspérité, la dent pointue : cette avulsion suffira à la guérison de l'ulcère dentaire simple, ou facilitera celle d'une ulcération spécifique, à laquelle il rendra, en outre, sa physionomie franche et ses éléments de diagnostic. Donc, dans les cas embarrassants, faire extraire d'abord la dent suspecte, l'aspérité irritante ; observer ensuite les effets de cette intervention sur l'ulcération douteuse.

Ulcérations tuberculeuses. — Ici l'on peut considérer deux ordres de cas. Dans le premier, un tuberculeux avéré, est porteur de lésions pulmonaires qui éclaireront vite sur la nature probable de ses ulcérations buccales. En ce cas, où les lésions initiales portent sur le poumon, sur le larynx, il semble qu'il faut surtout invoquer, pour la production de la tuberculose buccale, l'inoculation par les crachats : d'autant plus, selon la remarque de Butlin, que la langue des cachectiques est volontiers excoriée. C'est sur ces malades, que l'on a déjà sous les yeux, en traitement pour leurs poumons, que l'on peut voir parfois, à leur début, les lésions tuberculeuses de la langue. Alors on constate, à la surface de la langue, des points jaunâtres, nettement limités, du volume d'une tête d'épingle, légèrement saillants au-dessus de la muqueuse : ce sont des granulations tuberculeuses miliaires. Au bout de quelques jours, l'épithélium qui les recouvre se détruit et laisse à nu une surface ulcéreuse : telle est la première phase de l'ulcération tuberculeuse, qui grandit peu à peu. Et parfois elle grandit vite chez ces tuberculeux avancés, à lésions pulmonaires évoluant rapidement ; elle se combine à des lésions analogues des lèvres, des joues, du voile du palais, de la gorge, constituant ainsi une véritable *phtisie buccale*. Tel un malade de Reclus, grand fumeur, alcoolique avéré, présentant au sommet des poumons des râles caverneux et dépérissant avec rapidité. Chez lui « la moitié gauche du voile du palais est desquamée, bourgeonnante, irrégulière, d'aspect cicatriciel ; cette ulcération blafarde, et qui rappelle certaines scrofules du cou, gagne le rebord gingival dépourvu de dents, puis le sillon gingivo-labial, et, enfin, envahit toute la muqueuse de la joue gauche, atteinte de la commissure labiale au pilier antérieur de l'isthme du gosier : là l'ulcère gagne la langue qui présente sur son bord, sur sa face dorsale, même au-delà de la ligne médiane, une perte de substance plus large qu'une pièce de 5 francs ». Pour ces ulcérations tuberculeuses de la langue au cours d'une phtisie avancée, le diagnostic est le plus souvent évident.

Il n'en est plus de même pour le second ordre de cas, lorsque l'on constate une ulcération linguale chez un sujet indemne de toute autre tuberculose. Quels sont les caractères qui feront admettre ici la nature tuberculeuse de cette ulcération ? On peut dire que pour différencier les ulcérations de ce genre d'avec les autres variétés d'ulcérations de la langue, il n'est guère à compter sur leurs caractères objectifs : leur siège, leur nombre, leur forme n'ont rien de caractéristique. Tout au plus a-t-on souvent noté l'aspect irrégulier, l'apparence « ravinée » de leur fond, les découpures de leurs bords. Si minutieusement qu'on analyse ces symptômes, on n'arrive jamais qu'à la constatation de nuances insuffisantes pour le diagnostic.

Un seul signe a vraiment une grande importance : la *présence autour de l'ulcération, sur la muqueuse voisine, d'un semis de points jaunâtres*, de granulations ressemblant à un grain de millet : granulations miliaires tuberculeuses, éléments initiaux de l'affection. Ce semis blanchâtre, ces petits nodules caséeux, on peut les retrouver également sur les bords de l'ulcération, ou en son milieu. Leur constatation a la plus grande valeur, et Trélat, qui a indiqué ce signe, le considérait comme pathognomonique. Quand on rencontre au pourtour de l'ulcération quelques-uns de ces points jaunes, le diagnostic est fait. On peut également en trouver sur les autres parties de la bouche ou sur le voile du palais.

Enfin on examinera avec le plus grand soin l'état général du malade, ses antécédents héréditaires ou personnels, et surtout les sommets de ces poumons, pour dépister la possibilité d'une tuberculose commençante jusque-là méconnue. Mais il faut savoir se passer de ces constatations : souvent elles sont absolument négatives, l'ulcération linguale apparaissant en l'absence de toutre autre manifestation tuberculeuse : et voilà justement les cas où le diagnostic est à débattre. Rappelons enfin que souvent la nature tuberculeuse d'une ulcération douteuse a été péremptoirement démontrée par la constatation, dans les produits du raclage, du bacille de Koch : ces vérifications bactériologiques sont aujourd'hui courantes.

Un mot encore à propos de ces ulcérations tuberculeuses de la langue : elles sont tenaces, et souvent leur extension est lente, continue, rebelle à tous les traitements : si bien qu'on a parfois proclamé leur incurabilité absolue. Opinion exagérée, car on a cité des cas bien nets de guérison. Mais souvent aussi cette guérison n'est que partielle, d'autres places étant envahies en même temps, ou passagère, la récidive ne tardant pas à survenir. Tout dépend, pour le pronostic et la conduite à adopter, de l'état des poumons. Le sujet est-il compromis par la phtisie, il ne saurait être question de traitement curatif : bonne hygiène buccale, attouchements de l'ulcération avec un topique convenable, tel que le naphtol camphré, applications émollientes et laudanisées contre des douleurs trop vives, au besoin injections sous-cutanées de morphine : telles seront les seules ressources, auxquelles se joindra le traitement général de la tuberculose. Mais si le sujet n'a pas de tuberculose pulmonaire, et si ses lésions linguales sont peu étendues et bien limitées, il y a mieux à faire qu'à chercher par les applications topiques une cicatrisation aléatoire. L'ablation radicale du foyer

tuberculeux au bistouri, suivie de suture, semble être dans ce cas le traitement de choix : à condition, bien entendu, que l'étendue du mal ne soit pas une contre-indication. C'est la doctrine de Billroth, qu'a soutenue Trélat, en 1881, à la Société de chirurgie. Certes, il ne faudrait pas croire que cette ablation met d'une façon certaine à l'abri des récidives : mais somme toute, c'est elle qui, bien indiquée, donne le plus de chances de succès.

Chancre lingual. — Le chancre lingual (et c'est seulement du chancre induré que nous voulons parler, le chancre mou n'ayant pas été observé à la langue) est assez rare, bien plus rare que celui des lèvres. Il est habituellement unique, solitaire, et occupe de préférence la pointe de l'organe, sans que ce soit là son siège exclusif. Il se présente sous la forme d'une ulcération arrondie, peu profonde, parfois simple érosion, à surface opaline, à bords rouges, saillants, indurés, comme taillés à l'emporte-pièce. Mais surtout sa base présente l'induration caractéristique du chancre infectant, et l'on trouve son adénopathie significative : ganglions sous-maxillaires volumineux et indolents. Ce chancre lingual croît pendant une quinzaine de jours, puis commence à se cicatriser.

Ses caractères objectifs, sa *forme arrondie*, sa *base indurée*, son *adénopathie* mèneront donc au diagnostic : et ne tarderont pas à apparaître la *roséole*, et les *plaques muqueuses* qui viendront le confirmer.

Plaques muqueuses ulcérées. — A la langue, les plaques muqueuses siègent de préférence sur la face dorsale et sur les bords. Ordinairement elles sont simplement érosives : simples desquamations épithéliales, lisses, légèrement douloureuses. Mais elles peuvent devenir ulcéreuses, et leur siège sur les bords de la langue les prédispose tout spécialement à revêtir cette forme ulcéreuse, parce que là se rencontrent des causes d'irritation plus fréquentes : frottements contre une dent cariée, irrégulière, contre une aspérité dentaire ou un chicot.

Ce sont alors des « ulcérations irrégulières, le plus souvent multiples, recouvertes d'une pellicule blanchâtre caractéristique, laquelle une fois enlevée laisse à nu un fond rougeâtre et saignant facilement. » Dans quelques cas, le bord de la langue est comme festonné par une série de plaques muqueuses ulcérées, offrant une dépression plus profonde au niveau de chaque dent.

En un mot, pour la plaque muqueuse ulcérée : peu ou point d'induration, surface recouverte d'une pellicule blanchâtre, ulcération superficielle n'entamant pas le derme de la muqueuse linguale, enfin *autres signes de syphilis* : plaques muqueuses en d'autres points de la bouche, au scrotum ou aux grandes lèvres, à l'anus, roséole concomitante, traces d'un chancre cicatrisé.

Gommes ulcérées. — Les gommes que produit à la langue la syphilis tertiaire sont superficielles, muqueuses, ou profondes, musculaires.

Les premières sont en somme assez rare. Ce sont de petites gommes superficielles, enchâssées dans le derme muqueux, où elles forment des nodosités disséminées, avec un léger relief et une induration appréciable au toucher : cette nodosité gommeuse se ramollit, se perfore, se vide, et se transforme en une petite ulcération arrondie, à bords nettement découpés, à fond bourbillonneux : elles sont tout à fait comparables aux petites gommes du derme cutané.

Les secondes, gommes profondes ou musculaires, plus fréquentes, sont bien autrement importantes au point de vue de leur diagnostic. L'évolution en est bien connue, semblable à celle des gommes en général : une gomme linguale du volume d'un haricot ou d'une amande se ramollit peu à peu et s'ouvre à l'extérieur, laissant alors une ulcération cavitaire et bourbilloneuse. C'est à la face supérieure, au dos de la langue que viennent s'ouvrir ces gommes ; « c'est là, dit Fournier, qu'elles viennent toujours proéminer, s'ouvrir et s'ulcérer. Jamais on ne les voit se frayer une voie vers les parties inférieures ». Parfois on ne trouve qu'une seule de ces gommes dans la langue : mais presque aussi fréquemment on en trouve plusieurs, deux, trois ou quatre. Après une période de crudité assez longue (deux ou trois mois en moyenne, selon Fournier), une gomme de ce genre, se rapprochant progressivement de la face supérieure de la langue, où elle proémine de plus en plus, se ramollit, s'ouvre à la surface par un pertuis qui s'élargit en s'ulcérant ; « et bientôt la coque superficielle de la tumeur, se trouvant détruite dans une certaine étendue, laisse à jour, laisse à ciel ouvert une plaie plus ou moins large, plus ou moins anfractueuse. » Telle est la gomme ulcérée : voyons ses caractères.

Les caractères objectifs qui distinguent l'ulcération linguale d'origine gommeuse d'avec les ulcérations d'autre nature, n'ont rien qui soit spécial ici : ce sont simplement les caractères communs aux ulcères gommeux de tout siège. Fournier (1) leur reconnaît quatre signes principaux : 1° *Etat creux de l'ulcération.* Toujours les ulcères gommeux sont notablement creux. A la langue, ils mesurent 2 ou 3 millimètres de profondeur au minimum, 5 ou 6 millimètres le plus habituellement ; 2° *Ulcère encadré par une aréole dure et rouge.* Le pourtour de l'ulcération est constitué par une zone de tissus remarquablement durs au toucher et manifestement infiltrés ; à leur surface, la muqueuse offre une coloration d'un rouge sombre, violacée ; 3° *Ulcère à bords nettement entaillés*, c'est-à-dire découpés verticalement et à pic, descendant en pente raide vers le fond de la lésion, adhérents en général, rarement décollés ; 4° Et surtout — caractère majeur, insiste Fournier — *ulcère à fond bourbillonneux* : d'une part, inégal, irrégulier de fond, anfractueux, et, d'autre part, jaunâtre ou jaune gris, diphtéroïde d'aspect, ou mieux *bourbillonneux*, c'est-à-dire revêtu d'enduits adhérents qu'on ne peut détacher ni par le lavage, ni par le pinceau, et qui sont constitués par des eschares de tissu gommeux en voie d'élimination. « La réunion de ces quatre attributs confère à l'ulcération gommeuse une physionomie assez spéciale pour être nettement distinctive dans le plus grand nombre des cas. »

La langue qui porte ces gommes peut présenter aussi des sillons, des fissures profondes, à bords indurés, à papilles rouges et hypertrophiés, signes de cette glossite scléreuse que pro-

(1) Fournier. — Des glossites tertiaires (glossites scléreuses, glossites gommeuses). Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, 1877.

duit ainsi la syphilis tertiaire, et qui est le type de ce qu'on appelle la « langue de Clarke. »

Ces gommes ulcérées n'entraînent, en règle générale, aucun retentissement sur les ganglions lymphatiques. Sauf exceptions absolument rares, *pas d'adénopathie concomitante*. — Les symptômes fonctionnels sont peu marqués : les douleurs ne se manifestent guère que si elles sont provoquées par le contact d'aliments épicés, de boissons alcooliques, de fumée de tabac. Et cette indolence relative est à noter en face des douleurs parfois vives, avec irradiations vers l'oreille, que l'on observe dans le cancer.

Enfin, sous l'influence du traitement spécifique classique, par l'iodure et le mercure, ces ulcérations gommeuses se réparent et se cicatrisent assez facilement. Le fond de l'ulcération se déterge, s'élève, bourgeonne, et se comble progressivement.

Epithélioma ulcéré. — Le point capital, c'est qu'il s'agit ici d'une *tumeur ulcérée*, plutôt que d'une ulcération simple. Ces ulcérations cancéreuses reposent sur une tumeur dont les prolongements ligneux s'enfoncent dans l'épaisseur de la langue : en tout cas, la base en est dure et résistante. La perte de substance, parfois peu profonde, tend à saigner au moindre contact ; ses bords sont indurés, calleux, souvent renversés en dehors. Les malades accusent des douleurs lancinantes, avec, parfois, des irradiations très pénibles vers l'oreille. Autour de l'ulcération cancéreuse, il n'est pas rare de trouver des plaques nacrées de *leucoplasie buccale*. Enfin, on trouve l'*adénopathie symptomatique* : il faut la chercher toujours avec le plus grand soin : pour faire cet examen dans les meilleures conditions et déceler dès le début de leur engorgement les ganglions sous-maxillaires, on palpe entre un ou deux doigts introduits sous la langue et l'autre main appliquée à la région sus-hyoïdienne. Ainsi l'on trouve, sous le maxillaire inférieur, de petits ganglions durs, isolés, mobiles et roulant sous le doigt. Le diagnostic sera complété par l'étude des antécédents, la recherche de l'hérédité, l'absence de toute autre lésion syphilitique ou tuberculeuse.

C'est surtout avec la syphilis tertiaire, avec les gommes ulcérées que l'on confond souvent l'épithélioma ulcéré. Et cela au grand détriment du malade que l'on soumet pendant longtemps au traitement spécifique, alors que le diagnostic peut s'établir sans qu'on ait recours à ce traitement dit « pierre de touche », traitement qui, en cas de cancer, est non seulement inutile, mais encore dangereux, par le temps précieux qu'il fait perdre, et par l'exacerbation qu'il imprime parfois au néoplasme. Nous avons vu tout à l'heure les caractères de la gomme ulcérée : ulcération creuse, sans tumeur véritable sous-jacente, bords en creux, nettement entaillés, découpés à pic, fond bourbillonneux et non saignant, troubles fonctionnels peu marqués, absence d'adénopathie, antécédents syphilitiques, influence du traitement spécifique. Au contraire, dans le cancroïde lingual ulcéré : *tumeur ulcérée en surface, bords en relief*, formant un bourrelet saillant, inégal, renversé, *fond saignant*, sécrétion, mais ceci plus tard, abondante et fétide, douleurs parfois vives, troubles fonctionnels marqués, *adénopathie* significative. Et il faut ajouter *influence nulle, influence nuisible du traitement antisyphilitique* lorsqu'on a été obligé de l'appliquer. Parfois, en effet, ce traitement spécifique est seul capable, en fin de cause, de décider du diagnostic : mais Larrey, Verneuil, Trélat, à la Société de chirurgie en 1880, ont montré que pour l'épithélioma il est non seulement inutile, mais nuisible. Pendant le temps qu'on perd à l'appliquer, le néoplasme progresse, rendant plus difficile une intervention chirurgicale efficace ; il est des cas où il semble même s'exacerber sous l'influence du traitement ioduré et hydrargyrique. Il faut donc savoir se passer de lui et ne l'appliquer qu'aux cas difficiles, où l'on ne peut vraiment se faire une opinion nette d'après les caractères objectifs de l'ulcération, les antécédents du malade, ou les symptômes concomitants. Et, lorsqu'ainsi on s'adresse à lui, il faut le faire avec *une surveillance soigneuse*, de façon à être fixé le plus tôt possible et à ne pas le prolonger inutilement.

M. JOURDAN,
Interne des Hôpitaux de Paris.

Le 11e Congrès médical international à Rome.

L'Italie a eu déjà un Congrès à Florence, avant son unité. Pour la favoriser, on a consenti à choisir Rome, hors tour. L'Association de la presse médicale, puissamment aidée par son secrétaire, M. Marcel Baudouin, a, par sa propagande, amené à Rome, plus de six cents congressistes, accompagnés de nombreuses Françaises. On compte 7.600 congressistes de tous pays, dont près de 1.200 dames. Le succès, comme nombre, a été complet. Peut-on dire qu'il en soit de même au point de vue de l'organisation et des merveilles que promettait l'hospitalité italienne?

Malheureusement, il n'en est rien. *Fiasco* est un mot italien ; il peut s'appliquer au Congrès et pour qu'on ne nous taxe pas d'appréciation pessimiste, nous empruntons, presque toutes nos expressions, aux journaux de Rome. L'un dit : On a invité les congressistes à venir festoyer dans la *grande ville*.... ils ont été contraints de faire eux-mêmes les frais des fêtes qu'on leur promettait.

Procédons par ordre : le 28, maigre représentation qui consiste dans l'ouverture d'une exposition d'hygiène Prusso-Italienne fort banale ; dans un local étroit pour 1.500 personnes ; impossible pour sept mille. Nous y trouvons une maison française d'instruments de physiologie, fort bien représentée, ainsi que la maison *Nachet*, pour les microscopes. Le clou consiste en un bar où deux prussiennes vendent de la bière de Munich ; elles ont plus de succès que l'Ambulance allemande qui n'offre absolument rien de neuf.

Le soir, réception annoncée à grand fracas ; on devait être reçu ; on n'a vu personne ; on s'est engouffré trois mille, dans un local où il y avait un pauvre buffet et pas de musique. On s'est écrasé et trois mille personnes sont restées à la porte. Les Italiens eux-mêmes en ont fait des gorges chaudes, aux dépens de la municipalité et du gouvernement.

Le lendemain, dans l'immense et très belle salle du théâtre *Constanzi*, les congressistes se

sont encore précipités, portant, à la boutonnière, des cocardes de toute couleur. Ils n'ont rien entendu, mais ils ont vu le roi écouter des discours. La reine, vraiment charmante et de grand air, faisait valoir une délicieuse toilette. Les applaudissements de l'entrée et de la sortie du couple royal, n'ont pas été, à l'étonnement général, nourris comme on aurait pu le supposer.

Les Ministres, MM. Crispi, Baccelli ; le maire de Rome, Raspoli ; MM. Bouchard, Virchow ; le Secrétaire général du Congrès, Maragliano ; des délégués de chaque nation, ont prononcé des discours que cent personnes à peine pouvaient entendre; on a exalté Rome et l'affluence des visiteurs.

L'après-midi on a formé les sections ; on a prononcé les discours d'ouverture ; commencé les travaux le lendemain et on a attendu les fêtes. La première consistait en une représentation de gala au même théâtre Constanzi. Les Italiens comprennent d'une singulière façon les représentations de gala à leur théâtre. C'est une source de profits pour eux, puisque ce sont les congressistes qui les payent. Le prix des places est doublé, est triplé en leur honneur, et ils doivent payer les fêtes qu'on leur offre. Les journaux italiens s'en ébahissent; ce sans-gêne les étonne; ils constatent qu'on a fait une bonne affaire et ils s'en indignent ; qu'en pensent MM. Baccelli et Maragliano ?

La représentation a eu lieu et elle a amené des incidents comiques, de vertes observations de ces invités qu'on rançonne !

On a établi un restaurant à la *Policlinique* où ont lieu les séances du Congrès ; on n'y sert que ceux qui payent ; ceux qui ont acheté les bons ne viennent qu'après. Il règne le désordre le plus complet ; les livres prévus ne sont pas prêts ; on ne trouve pas de lettres ; le tramway vous laissé à un kilomètre ; les cochers vous rançonnent.

M. *Marcel Baudouin* a un travail surhumain à accomplir, pour ne satisfaire qu'à peu près, même ses compatriotes. Nous espérons bien que M. le professeur Bouchard trouvera une occasion de témoigner à notre confrère toute la gratitude des médecins Français.

Les locaux de la Policlinique seront installés lorsque le Congrès sera fini ; on a fait *grand* ; mais pour le lendemain des fêtes promises.

Le programme des fêtes, dit, ce matin, un journal local, peut se résumer nettement dans la vieille formule *Romaine* : Tout sera payé...., pourvu que chacun paye de sa poche.

Ah ! vraiment, ce n'était pas la peine de renvoyer le Congrès, de gagner six mois pour s'y préparer de nouveau et pour ne tenir aucune de ses promesses.

Nombre de congressistes quittent Rome, vont à Naples, et reviendront prendre l'air du Congrès le plus tard possible.

On n'a qu'un journal, celui du Secrétaire général ; il porte le titre d'officiel ; il contient cent lignes sur le Congrès et 12 pages d'annonces. Ce qu'on ne voit qu'en Italie, c'est ceci : les produits annoncés, sont recommandés par MM. *Maragliano* et *Baccelli*. Il est certain que c'est à l'insu du Secrétaire général du Congrès et du Ministre de l'Instruction publique, très aimé de ses concitoyens.

En outre, la *Société des voyages pratiques*, débordée, il est vrai, n'a tenu qu'une partie de ses promesses ; nous n'en sommes guère satisfaits et nous conseillerons à l'*Association de la presse*, de laisser chacun se livrer à ses inspirations, désormais.

Rome, 8 avril.

Au théâtre Constanzi, le roi s'était abstenu, ainsi que la plupart des ministres, à l'exception, toutefois, du ministre de l'instruction publique, M. *Baccelli*.

Le vendredi, à 4 heures 1/2 avait eu lieu à l'hôpital militaire la réception des médecins militaires étrangers, par les inspecteurs généraux de l'armée italienne.

Les médecins de Naples recevront les Congressistes du 6 au 10 avril et leur feront visiter les établissements médicaux et les environs de Naples. Il y aura aussi une représentation de gala au théâtre Mercadante. On ne dit pas si elle sera payante pour les médecins invités.

Quelques excursions sont aussi annoncées pour Tivoli et les environs de Rome.

Au *Policlinico*, les séances, les conférences, les communications ont lieu à jet continu. On parle de 4,000 orateurs inscrits ! Quel déluge !

Les sections ont des banquets, à leurs frais, dans divers hôtels.

M. Surby a voulu réagir et *à ses frais*, il offrira, le 6 avril, à Tivoli, un lunch à 40 Congressistes. Cela fera diversion aux procédés habituels !

Mardi, à 4 heures, les médecins italiens se réunissent pour traiter de la question d'une caisse des pensions, pour les médecins italiens. Nous tâcherons d'en rendre compte.

Les jours précédents, il y a eu réception dans les jardins du Quirinal, par le roi et par la reine, avec lunch : la foule était nombreuse et très brillante ; c'est la cérémonie qui a été la plus réussie, de l'aveu de tous.

Le soir une illumination des monuments a eu quelque succès.

Une réception sur invitations spéciales a été adressée par le ministre de l'instruction publique, qui, à son tour, le mardi, a été reçu en un banquet offert par les Congressistes Français au *professeur Bouchard*. 150 convives avaient répondu à cet appel et se pressaient autour de l'illustre représentant de la science française, qui avait à ses côtés l'ambassadeur de France, M. Billot et le professeur Baccelli, président du Congrès.

M. Billot, ambassadeur de France, a bu au roi, à la reine, et au ministre Baccelli : Il a été très applaudi.

M. Baccelli lui a répondu en quelques mots, très politiques, applaudis également. M. Chauveau, de l'Institut, a prononcé un très long discours.

Enfin, M. Bouchard a dit quelques paroles qui ont été applaudies par tous les convives. Il a rendu hommage, ainsi que M. *Maragliano*, à l'action de l'Association de la Presse médicale et de son secrétaire, M. Marcel Beaudoin.

Ce qui a été remarqué, c'est que personne n'a songé, en réponse au toast au roi et à la reine, de M. Billot, de boire à la santé du chef de la République Française.

On est tout à l'Italie ; on oublie un peu notre pays.

Il est vrai que les Italiens savent bien ce que parler veut dire.

Demain, banquet de la Presse italienne offert à la Presse étrangère et réception aux thermes de Caracalla.

Madame Bouchard, Mesdames Laborde, Gley, Pinard, Langlois et bien d'autres, s'étaient jointes aux convives masculins. Ce banquet a clos la série des invitations officielles, et le soir a eu lieu une réception générale des Congressistes au Capitole. Une foule énorme se pressait à cette solennité.

Quant à ce qui se passe au *Policlinico*, c'est le désordre le plus absolu. Il y a défaut d'organisation et on ne peut obtenir qu'avec d'extrêmes difficultés quelques renseignements.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation du Finistère.

Délégué Départemental.

M. le Dr Guyader (Brest, 83, rue de Paris), membre du Concours, de la Société locale du Finistère, du Syndicat de Brest, premier adhérent du département à l'Association amicale.

Correspondants

Arrondissement de Quimper.

M. le Dr Colin (Quimper), trésorier de la Société locale, membre du Concours.

Arrondissement de Quimperlé.

M. le Dr Le Moaligou (Quimperlé), membre de la Société locale et du Concours, président du Syndicat de Quimperlé, membre de l'Association amicale.

Arrondissement de Châteaulin.

M. le Dr Dubuisson (Châteauneuf du Faou), secrétaire de la Société locale, président du Syndicat du Sud-Finistère, membre du Concours.

Arrondissement de Morlaix.

M. le Dr Lefèvre (Morlaix), vice-président de la Société locale.

Arrondissement de Brest.

M. le Dr Allanie, médecin principal de la marine en retraite, membre de la Société locale.

M. le Dr Maréchal, médecin principal de la marine en retraite, vice-président de la Société locale, président du Syndicat de Brest.

Rectification.

Dans le tableau de l'organisation des Ardennes publié au dernier numéro, nous avons commis une légère erreur à propos de l'arrondissement de Rocroy. C'est M. le Dr Hamaide (de Fumay) qui a été désigné, avec M. le Dr Desplous (de Rimogne), comme correspondant, par notre délégué, M. le Dr Carion, président de la Société locale des Ardennes.

Nous publierons dans un des prochains numéros le procès-verbal de la réunion du Conseil d'Administration du 1er avril. Ce même jour, l'Association générale des médecins de France se réunissait dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, et nous avons eu l'occasion d'entendre la parole autorisée du secrétaire-général M. le Dr Lereboullet, applaudir à l'organisation de notre œuvre de mutualité, en approuver les bases, et lui souhaiter plein succès.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'année préparatoire aux études médicales.

Nous avons, dans le numéro du 31 mars, publié le programme des études scientifiques qui constitueront, à partir de 1895, l'année préparatoire aux études médicales. C'est, on ne peut le contester, un gros obstacle dressé au seuil de notre profession.

En effet, si on examine attentivement ce programme, on voit qu'il est plus voisin de la licence ès-sciences que de l'ancien baccalauréat restreint : le certificat spécial ne remplace donc pas ce dernier. D'autre part, les études nouvelles n'ont aucun caractère médical, et le certificat ne remplacera pas davantage le premier examen de Doctorat.

Comme préparation aux études physiques, chimiques et naturelles spéciales à la médecine, c'est trop, et, comme bilan des connaissances nécessaires au médecin, c'est insuffisant. Du reste, on l'a déclaré, les cours de physique médicale, de chimie médicale et d'histoire naturelle médicale ne seront pas supprimés et devront être suivis des futurs docteurs en médecine.

L'examen qui couronnera les études nouvelles ressort donc bien avec son caractère véritable : c'est un obstacle destiné à restreindre le nombre des étudiants.

Aussi bien la circulaire ministérielle, comme les commentaires qui l'ont accompagnée, n'en font point mystère : on trouve qu'il y a trop d'étudiants en médecine. On cherche à détourner les jeunes gens de cette voie et, si les moyens de persuasion ne sont pas suffisants, on aura la ressource de l'examen pour restreindre leur nombre.

Où donc sont les doléances d'antan ? Où donc les arguments invoqués pour multiplier les Facultés, pour combattre la suppression de l'officiat, mal vue de certains ? — On s'étendait complaisamment sur l'insuffisance du nombre des praticiens, on représentait des régions entières où les malades succombaient sans avoir reçu le moindre secours. La situation a-t-elle donc tant changé ?

Que des études plus sérieuses en physique, en chimie et en histoire naturelle aient paru nécessaires, nous le comprenons, et, sans vouloir ravaler le moins du monde l'école clinique d'où procèdent presque tous les praticiens français, nous convenons volontiers que les travaux de laboratoire ne peuvent leur demeurer étrangers désormais. Mais de ce qu'il y avait quelque chose à faire, s'en suivait-il nécessairement qu'on dût accorder aux *sciences accessoires* une importance qui, comparativement, devient exagérée ? — Nous ne le pensons pas.

Une modification du baccalauréat, l'adjonction de quelques cours auxiliaires à la première année des études médicales auraient largement suffi. C'est, du reste, ce qu'on avait voulu faire tout d'abord, mais on a reculé devant les pro-

testations des professeurs de philosophie qui craignaient de n'avoir plus assez d'élèves.

Et, pour que les beautés du *discours sur la méthode*, pour que les transcendantes théories des *idées innées* fussent goûtées d'un plus grand nombre d'auditeurs, on a abandonné le baccalauréat ès sciences naturelles et créé le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Puis, comme il fallait remplir cette année de sciences surajoutée, on a chargé le programme tant qu'on a pu, et on est arrivé à ce résultat que pour rendre possible ce programme il va falloir surcharger à son tour l'année de philosophie d'un cours de mathématiques. Les collégiens font, pendant cette année, de la physique, mais le cours qu'ils suivent ne pourra même pas leur permettre de suivre le cours de la faculté des sciences et il faudra un cours supplémentaire d'algèbre pour leur permettre d'y comprendre quelque chose.

Quelle sera la conséquence de tout cela? C'est que d'ici quelques années il faudra reprendre dans son entier la question des études médicales pour la résoudre comme elle aurait dû l'être tout d'abord, et peut-être alors finira-t-on par comprendre qu'il faut que les études soient dirigées en vue de faire des praticiens.

Jusqu'à présent, on ne paraît guère avoir songé qu'à peupler des cours plus ou moins inutiles.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Vallée de la Meuse.

4 mars 1894.

Présents : MM, Carion, *Président ;* Hamaïde, *Vice-Président ;* Leroy, Gignac, Pillière, Renson, Séjournet, Vassal (Charleville), Vassal (Mézières), d'Hotel (G.) ; d'Hotel (H.) ; Trevelot.

MM. Speckhahn, Martin, Gairal, Mérieux. Desplons, *Conseillers généraux des Ardennes.*

MM. Aaron et Boyron, *des Syndicats de Sedan et Rethel.*

Le Bureau accepte de continuer ses fonctions jusqu'à ce que de nouvelles dispositions pour le renouvellement aient été adoptées, ce qui doit avoir lieu dans une prochaine séance.

Association amicale.

L'Association donne son appui à l'Association amicale des médecins français récemment fondée et décide que la liste des correspondants sera transmise au secrétaire général par M. le Dr Carion, président.

Assistance médicale gratuite.

Après mûre discussion, l'Association prend les résolutions qui suivent. MM. les Conseillers Généraux présents promettent de les présenter à l'Assemblée Départementale, à la prochaine session. L'Association leur vote des remerciements unanimes.

Voici ces résolutions.

1° Tous les médecins du département pourront être appelés à assurer ce service.

Les malades indigents seront libres de s'adresser au médecin de leur choix.

2° Conformément à la loi, les listes d'indigents devant être dressées chaque année par des commissions spéciales, les médecins se réservent de signaler à l'administration les abus qui pourraient se produire dans la confection de ces listes.

3° Lorsqu'un abus sera signalé à l'administration celle-ci provoquera immédiatement une enquête, afin de faire droit à la réclamation, s'il y a lieu, dans le plus bref délai possible.

4° Le service sera fait au moyen de billets de visite détachés d'un livre à souches délivrés à la mairie et indiquant le nom de l'indigent et la distance de son domicile à celui du médecin. Ce billet sera remis au médecin qui le joindra à son mémoire. Une feuille de maladie portant les mêmes mentions restera au domicile du malade ; le médecin y inscrira ses visites. Après guérison, elle sera remise au maire et servira à contrôler le mémoire du médecin.

5° Le prix de la visite à domicile et de la consultation dans le cabinet du médecin est fixé à 1 fr.

Il reste entendu que les malades devront se rendre chez le médecin aux heures de ses consultations chaque fois qu'ils le pourront.

En dehors de la résidence du médecin, la visite sera de 1 fr., plus 0,50 par kilomètre à l'aller seulement.

La visite de nuit sera de 5 fr. au lieu de 1 fr. dans la résidence du médecin et 1 f. par kilomètre en dehors, au lieu de 0,50.

La nuit en été, c'est-à-dire du 1er avril au 1er novembre de 9 h. du soir à 6 h. du matin.

En hiver de 7 h. du soir à 7 h. du matin.

6° Les accouchements seront payés à raison de 15 fr. pour les accouchements simples et 25 fr. pour les accouchements nécessitant une manœuvre opératoire.

Les vaccinations seront assimilées à une visite ordinaire

Les opérations chirurgicales seront réglées d'après le tarif du syndicat des médecins de la Vallée de la Meuse pour les Compagnies d'assurances.

7° En présence du sacrifice qu'ils s'imposent, les médecins se réservent le droit de reviser le présent tarif au cas où ils constateraient qu'il est trop onéreux pour eux.

Le secrétaire,
Dr Renson.

REPORTAGE MÉDICAL

Le célèbre physiologiste *Brown-Séquard* vient de mourir en quelques heures des suites d'une hémorrhagie cérébrale.

Si ses injections de liquide testiculaire l'ont momentanément rajeuni, à ce qu'il a dit, elles n'ont du moins pas rendu la souplesse à ses artères cérébrales, à moins que son sang devenu trop bouillant n'ait pu se contenter désormais des trop étroits conduits où il circulait.

Il est certain que le nom de Brown-Séquard restera attaché à de belles découvertes, comme celles de la dynamogénie et de l'inhibition; toutefois le successeur de Claude Bernard au Collège de France ne pouvait espérer atteindre à la gloire de son illustre devancier.

— Nous avons le vif regret de faire part de la mort de M. le Président Dubrac, de Barbezieux, qui nous avait souvent fourni, avec une extrême obligeance, des réponses très intéressantes sur des questions de droit médical. Il laisse plusieurs écrits sur ces sujets et notamment un intéressant commentaire *de la loi Chevandier.*

— Nous apprenons avec plaisir que M. Chambon, le sympathique directeur de l'Institut vaccinal de la rue Ballu, le premier établissement de ce genre qui ait fonctionné en France, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dimanche et lundi s'est tenue dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique la réunion annuelle de l'Association générale des médecins de France, qui compte aujourd'hui plus de 8.000 adhérents, répartis en 98 sociétés locales fédérées et représentées à Paris par un conseil général.

M. Lereboullet, secrétaire général, a fait l'éloge des membres décédés et rendu compte de la situation financière de la Société.

— Nous avons le plaisir d'annoncer que le Dr Taulier, d'Avignon, membre du Concours, vient d'être élu sénateur.

— *Honoraires respectables.* — Le Dr Galezowski, l'oculiste bien connu de tous, vient d'être appelé en Perse pour donner des soins au second fils du schah, Nasi-ed-Din, atteint d'un « glaucome ».

Les honoraires du docteur Galezowski auraient été fixés au chiffre respectable de 125,000 francs, voyage et frais de séjour non compris.

— Le bureau et le conseil de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine sont ainsi composés pour l'année 1894 :

Président, M. Rondeau ; vice-présidents, MM. Letulle, Descouts ; secrétaire général, M. Lignez ; secrétaires, MM. Malbec, Thoumas ; trésoriers, MM. Fissiaux, Hennocque.

Administrateurs : MM. Picqué, Linarix, Naudet, Gorecki, Briguel, Socquet, Colson, Calendreau Bérillon, Fabre.

— *Les étudiants à Paris.* — Dans un rapport au Conseil des Facultés, M. Beudant donne des renseignements sur la population scolaire.

Ce qui frappe ici, avant tout le reste, c'est l'effrayante progression du nombre des étudiants qui viennent à Paris. Le chiffre s'en est élevé, en 1893, à 11,914, soit une augmentation de 1,166 sur l'année précédente. Il faut considérer cette accumulation de notre jeunesse d'élite comme un véritable malheur. Les professeurs de l'Université de Paris, loin de s'en féliciter, la déplorent. A la dernière séance du conseil général, MM. les doyens Brouardel et Planchon ont poussé de vrai cris de détresse. Les locaux de l'Ecole de pharmacie et de l'Ecole pratique de médecine sont absolument insuffisants à contenir les nouveaux arrivants ; la dissection anatomique est interdite à un grand nombre, faute de place et de cadavres. Il faut trouver absolument le moyen de décentraliser cette population trop nombreuse ; autrement l'enseignement supérieur est compromis en France ; il mourra d'inanition en province et de pléthore à Paris. Comment voulez-vous qu'on surveille et dirige pratiquement par exemple, les études de près de cinq mille élèves en médecine ?

Le nombre des étudiants étrangers croît avec celui des nôtres. Ils ont été 1,358, c'est-à-dire 107 de plus qu'en 1892. Les femmes entrent pour un chiffre qui va croissant aussi : il y en a eu 3 à la Faculté de droit, dont une française ; 155 à la Faculté de médecine, dont 16 françaises ; 16 à la Faculté des sciences, dont 7 françaises ; 164 à la Faculté des lettres, dont 141 françaises ; 6 à l'Ecole de pharmacie, toutes françaises, au total 343 étudiantes, dont 171 françaises et 172 étrangères. Il y a aujourd'hui à peu près équilibre. C'est un phénomène fort intéressant à noter dans le développement moral et intellectuel de la femme française.

Un chiffre plus formidable encore que celui des étudiants est celui des examens : 6,427 à la Faculté de droit ; 6,803 à la Faculté de médecine ; 1,887 à l'Ecole de pharmacie. La Faculté des lettres a fait 21 docteurs et examiné 398 candidats à la licence ; celle des sciences a compté 30 docteurs et 309 épreuves de licence. Mais à ces chiffres déjà respectables, ces deux facultés ajoutent chacune plus de 10,000 examens pour le baccalauréat.

Journal de méd. et de chir. pratiques.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3886. — M. le docteur Gaumé, de Quimper (Finistère), membre du Syndicat du Sud-Finistère.

N° 3887. — M. le docteur Jacquelin, de Doulevant-le-Chateau (Haute-Marne), présenté par M. le Directeur.

N° 3888. — M. le docteur Nadeaud, de Burie (Charente-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Loppe, de Boulogne-sur-Mer ; Laguens, de Castillon (Gironde), et Deligny, de Fère-en-Tardenois (Aisne), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 15 14 Avril 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE
de l'Association Générale des médecins de France

L'Association Générale des médecins de France a tenu ses réunions annuelles les 1er et 2 avril.

M. le Président Lannelongue a ouvert la séance du dimanche, en payant le tribut habituel de regrets aux membres décédés et remerciant les bienfaiteurs de l'Association ; puis il a entretenu les délégués des modifications que la législation va sans doute apporter au fonctionnement des sociétés de secours mutuels en général et de l'Association en particulier. Un projet de loi est à l'étude, et, s'il est adopté, une ère nouvelle s'ouvrirait pour ces sociétés :

....

A l'époque de la fondation de notre œuvre, les notions de mutualité et de prévoyance n'avaient encore qu'une forme mal arrêtée ; elles ont pris depuis, dans ces dernières années surtout, un développement remarquable et nous ne saurions ne pas suivre avec un soin attentif le mouvement des idées à cet égard. C'est aux travailleurs que s'adressent presqu'exclusivement les sociétés de secours mutuels, et on avait un peu raison d'être étonné de voir le nombre des mutualistes ne pas dépasser 1,222,067 individus en 1890, sur un chiffre de plus de 12 millions de travailleurs. Ce résultat ne voulait-il pas dire que de pareilles associations n'avaient pas tenu leurs promesses, c'est-à-dire donné toutes les satisfactions qu'on en attendait ? C'est qu'en effet ces sociétés, qui ne se préoccupaient guère, tout d'abord, que de la maladie, avaient cru qu'avec des cotisations minimes elles pourraient entreprendre davantage, et suffire à des charges diverses, comptant sur les membres honoraires ou sur l'Etat, pour suppléer à des ressources qui leur manquaient. Les déceptions et le découragement furent le triste résultat, pour beaucoup d'entre elles, de leur empirisme expérimental.

Une notion nouvelle, à la fois pleine de lumière et de garanties, est venue relever les courages en élargissant singulièrement les horizons. Grâce à elle, les soins aux malades seront mieux assurés, les indemnités de chômage plus élevées et mieux réparties ; enfin, les sociétés de secours mutuels pourront dorénavant réaliser assez aisément la constitution de pensions de retraites, en cas de vieillesse et d'accidents, chose longtemps convoitée par elles, et que, par une organisation qui vous est propre et un concours de générosités qui vous font honneur, vous avez été à même de réaliser depuis longtemps. Mais il est bon de ne pas voir que soi en ce monde, il faut aussi considérer autrui, surtout quand on occupe une place plus élevée que lui.

On a donc inscrit, dans la loi, une proposition qui est d'ailleurs de plus en plus dans l'esprit des mutualistes, à savoir : « Que pour être tenus, les engagements contractés doivent être basés sur des « calculs exacts, que seuls les mathématiciens exercés peuvent exécuter. » Ce qui revient à dire que les sociétés de secours mutuels doivent faire, autant que possible, une œuvre de philanthropie et des opérations matérielles d'assurances. Œuvre de philanthropie, c'est-à-dire œuvre de charité, de bienfaisance ou d'assistance, c'est cette idée-mère de la mutualité qu'on cherche à détourner de sa direction primitive, pour l'adapter, sinon à des besoins sociaux nouveaux, du moins à un état de choses, qui découle du rôle que doit jouer une démocratie sous le régime du suffrage universel. C'est là le propre de l'œuvre d'assurance, qui implique, d'une part, un rapport entre la quotité versée et l'indemnité accordée, et, de l'autre, un droit absolu à cette indemnité.

Dans la pensée du législateur, l'assurance, œuvre essentiellement de prévoyance et de sécurité pour le travailleur, doit se développer de plus en plus, désormais, dans les sociétés de secours mutuels. Elle exigera, de la part de l'assuré, une prime spéciale fixée par des tables, et elle aura, dans chaque société, une représentation distincte du fonds commun. A cette représentation correspondra un livret indi-

viduel établissant la situation spéciale de l'assuré, ses droits à la pension, etc.

En un mot, la nouvelle loi n'est qu'un complément d'une série de mesures, qui tendent toutes à assurer l'existence du travailleur et de sa famille, durant l'âge mûr, en même temps qu'elles lui procureront une retraite honorable, pendant sa vieillesse.

Il n'est personne, mieux que nous, qui connaissons la détresse humaine sous toutes ses formes, et avons mis dans nos plus vieux parchemins de lui venir en aide, autant que possible, qui adhère avec autant de satisfaction à ces principes de prévoyance et de conservation sociale. Mais comment devons-nous les envisager, en tant que collectivité médicale, ayant une constitution propre et bien définie ?

En admettant que la nouvelle loi soit définitive, quelle place y avons-nous? Vous n'ignorez pas, en effet, que nos statuts sont différents de ceux des autres sociétés de secours mutuels. Nous sommes une fédération de sociétés autonomes et non une société unique. Eh bien ! la nouvelle loi a prévu le cas, et après une intervention énergique du député, qui a l'honneur d'être votre président, l'article 7 du nouveau projet autorise les *Unions*, c'est-à-dire les Fédérations de sociétés. Si la Chambre et le Sénat n'apportent pas de modifications à la rédaction de la commission, notre existence sera reconnue et nous sortirons, dès lors, du régime précaire sous lequel nous vivons.

C'est là le premier point; nous serons autorisés sans être astreints à aucune modification dans nos statuts, c'est-à-dire dans notre manière d'être primitive.

. . . .

Et, d'un autre côté, on ne conserve plus aujourd'hui un patrimoine intact sans une gestion vigilante. Les idées se modifient dans la société, des tendances tout autres se font jour, des besoins nouveaux se montrent, quelquefois plus pressants que ceux qui existaient tout d'abord; il convient de ne par rester indifférent à ces choses, de comprendre qu'on serait vite frappé de déchéance, si on voulait s'opposer à un mouvement qui vous enveloppe d'une manière tellement étroite qu'il faut disparaître ou le suivre.

La loi nouvelle nous accorde le droit de créer, comme il nous plaira, une caisse indemnité maladie, d'assurer individuellement chacun de nos membres, non seulement contre la maladie, mais aussi contre la vieillesse, de fonder une caisse autonome pour des secours aux veuves et aux orphelins, de permettre aux femmes des médecins de faire partie de notre société, etc.

Toutes ces choses ne sont pas vaines, même pour nous, mes chers confrères ; elles nous permettent une adaptation meilleure et plus conforme à des besoins plus en harmonie avec les conditions sociales de cette époque et avec les difficultés de l'heure présente.

Nous sortirons, il est vrai, de notre vieux cadre, mais pour jouir de nouveaux avantages, dans un espace moins enserré, pour donner toute satisfaction à ceux qui nous demandent et qui ont droit à être entendus, car ils sont ou ils seront, un jour donné, les moteurs principaux de la machine.

Mais en même temps nous saurons rester ce que nous sommes, ce qu'on nous a faits, c'est-à-dire une société d'assistance et de bienfaisance pour les imprévoyants et pour ceux que le sort poursuit et accable sans qu'ils l'aient mérité. Comme par le passé, nous viendrons au secours de toutes les infortunes, au nom de ces deux mobiles qui nous unissent étroitement, la solidarité sociale et la confraternité. La tradition et l'hérédité nous maintiendront, j'en suis sûr, dans le sillon primitif; je connais assez les sentiments délicats et nobles du corps médical, pour oser dire que le sillon ne déviera pas, et j'ajoute qu'en continuant à le faire droit, on le creusera plus profond.

Après les applaudissements qui ont salué le discours du Président, M. Brun, trésorier, a exposé la situation financière, puis le sécrétaire général, M. Lereboullet, a donné lecture de son rapport sur la situation morale et les actes de l'Association pendant l'année 1893.

M. Lereboullet regrette la solution donnée à la question des experts devant les tribunaux, comme aussi l'échec de la proposition *Cornil* devant le Sénat et signale le danger que peut faire courir à la France la *médicophobie*, dont paraissent atteints quelques grands chefs de l'état-major général ; il invite le corps médical à renouveler ses appels au bon droit et au bon sens.

On connaît trop nos sentiments à cet égard pour douter que nous ne nous associons de grand cœur à l'invitation de M. Lereboullet.

Le secrétaire général insiste, ensuite, sur ce fait important qu'à partir de 1894, les pensions accordées par l'Association vont être portées à 800 francs. C'est encore un résultat auquel nous ne pouvons qu'applaudir.

Enfin, M. Lereboullet aborde la question de l'*Indemnité maladie* que l'Assemblée générale dernière avait maintenue à l'étude et naturellement, il fait mention de la création de l'*Association Amicale*.

Nous ne ferons pas un grief à M. Lereboullet des quelques critiques qu'il adresse à la proposition, jadis formulée par le Dr Cézilly, pour justifier l'abstention de l'Association générale. Contentons-nous de rappeler que notre Directeur en proposant la cotisation annuelle de 48 fr. s'était contenté d'attacher le grelot — qu'on nous pardonne cette expression — et n'avait formulé un projet, que pour appeler la discussion, prêt à accepter telles modifications qui seraient jugées nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'œuvre, comme il les a acceptées, lorsque le *Concours médical* s'est décidé à prendre l'initiative et à fonder l'*Association Amicale*. Nous préférons remercier M. Lereboullet de la bonne grâce avec laquelle il veut bien rendre justice à nos efforts. Mais laissons-lui la parole :

Jamais, disions-nous, l'on n'arrivera, avec une cotisation de 48 fr. par année, à assurer l'indemnité-maladie. L'indemnité de droit est, en effet, une assurance. Les tarifs de cotisation doivent, dès lors, tenir compte de l'âge des assurés et être proportionnellement élevés suivant l'âge ; ils doivent être établis, d'après des tables de morbidité et de mortalité, sérieusement contrôlées, et calculés mathématiquement par un actuaire. Procéder autrement, serait s'exposer à des échecs lamentables qui ruineraient non seulement au point de vue financier, mais encore au point de vue moral, l'Association qui aurait assumé la tâche d'organiser une œuvre de ce genre.

Le jour où M. le Dr Cézilly s'est décidé à fonder lui-même la Société dont il demandait à l'Association générale de prendre le patronage, tous ces arguments lui ont été opposés par l'actuaire qu'il a dû consulter. Avec une entière bonne foi et une entente des affaires qui lui fait honneur, notre collègue a reconnu le bien fondé de ces objections. Il s'y est soumis. Vous connaissez tous sans doute, Messieurs et chers Collègues, les statuts de l'Association amicale des Médecins de France. Pour obtenir *pendant deux mois consécutifs* une indemnité de 10 fr. par jour, puis, en cas d'infirmité, une pension de 1200 fr. par an, il faudra verser une prime annuelle variant entre 54 fr. par an, si l'on a 25 ans, et 118 fr. par an, si l'on en a 64. La moyenne des versements, celle qui correspond à l'âge, où l'on songe a s'assu-

rer, c'est-à-dire à 40 ans, sera de 71 fr. Ces chiffres sont conformes aux prévisions, dont il importe de tenir compte, lorsqu'au lieu de se laisser entraîner par la bonté de son cœur, ou des utopies généreuses, on envisage avec une froide raison les lois inflexibles que posent les calculs d'actuaires. Ces chiffres, nous vous les aurions proposés si, au lieu de défendre les statuts d'une Société ayant pour objet de venir en aide à ceux qui ont besoin d'une assistance confraternelle, nous avions cédé au courant qui nous portait à annexer directement à l'Association une caisse d'assurances contre la maladie. Ils seront exigibles le jour où, la loi sur les Sociétés de secours mutuels étant votée et le livret individuel étant accordé à chacun de leurs membres, nous voudrions créer des caisses spéciales d'assurances au sein de notre Association confraternelle.

....

N'est-ce point le cas de vous répéter ce que nous n'avons jamais cessé de soutenir, que, si souhaitables qu'elles soient au point de vue des intérêts du corps médical, les œuvres diverses, dont peut se préoccuper une Société comme la nôtre, ne doivent être entreprises que peu à peu, suivant les ressources disponibles et conformément aux vœux exprimés par la majorité de nos adhérents ?

C'est pourquoi nous avons applaudi à la création de l'*Association amicale des médecins français* qui réalise un vœu que nous avions plusieurs fois exprimé dans nos précédents rapports. Si cette Association devient prospère, si un nombre suffisant de médecins, assez aisés pour pouvoir prélever, sur leur revenu de chaque jour, le taux, relativement élevé, de la cotisation annuelle, assez peu fortunés pour avoir besoin d'une indemnité en cas de maladie, consent à souscrire aux conditions inéluctables imposées par ses statuts. l'Association générale, qui se préoccupe surtout de donner beaucoup, se félicitera de ce succès ; elle n'y perdra rien de son activité bienfaisante. Et le jour où parmi ses membres se trouvera une majorité suffisante pour admettre la nécessité de la création des livrets individuels et des œuvres d'assurance annexées à l'œuvre d'assistance, qui est, et restera son objectif principal, nous n'éprouverons plus autant de difficultés à faire admettre, suivant les catégories créées par de nouveaux statuts, des chiffres de cotisation approximativement égaux à ceux dont nos confrères ont fini par reconnaître la nécessité. S'il arrivait, au contraire, ce qui, nous le souhaitons vivement, ne se réalisera pas, que le corps médical français se montrât réfractaire aux idées de mutualité, en fait d'assurances, nous ne pourrions que nous féliciter de ne point avoir trop chaleureusement encouragé nos Sociétés locales à tenter, individuellement, ce que la loi nous interdit encore de faire nous-mêmes.

L'Association générale, éclairée par l'expérience de l'*Association Amicale*, essaiera-t-elle de réaliser dans l'avenir ce que, pendant plusieurs années, nous l'avons supplié de tenter ? Nous l'ignorons. Mais le fît-elle, nous aurions toujours le regret de constater qu'elle aura fini, en cette circonstance comme en bien d'autres, par faire siennes des idées qu'elle avait d'abord déclarées inadmissibles et qu'au lieu de marcher de l'avant, comme c'eût été son devoir, elle se traîne à la remorque des tentatives qui, forcément, se font à côté d'elle et en dehors d'elle, perdant ainsi quelque peu de son prestige.

Et ce prestige, il faut bien en convenir, ce n'est pas la séance du 2 avril qui le relèvera : il est difficile de trouver, au point de vue professionnel, un ordre du jour plus vide.

Des vœux, que tous savent à l'avance devoir être absolument stériles, voilà le bilan de la journée, quand tant de questions passionnent encore le corps médical !

Le fait que nous avons prévu se réalise : l'Association se confine de plus en plus dans son caractère de société de secours, et c'est aux syndicats médicaux qu'incombe la défense des intérêts professionnels.

Ce n'est pas, d'ailleurs, que nous croyons que ce soit un mal

Entre temps, l'Assemblée générale avait procédé à des élections diverses :

MM. Cornil et L. Colin ont été élus vice-présidents en remplacement de MM. Peter, décédé, et Larrey, démissionnaire.

MM. Millard, Passant, Hérard, de Ranse, Douvre et Delvaille ont été réélus membres du conseil général.

Enfin, MM. Reynier et A. J. Martin ont été nommés membres du conseil pour combler les vacances qui s'étaient produites.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'aptitude physique au service militaire.

Le *Bulletin officiel* publie l'instruction qui va désormais servir de base aux travaux des conseils de révision et des bureaux de recrutement.

Ce document très détaillé passe en revue toutes les dispositions relatives à l'ajournement, au service auxiliaire, aux dispenses, aux engagements, aux réformes et retraites.

Il indique ensuite le mode d'examen des hommes, les maladies ou infirmités rendant impropres au service, et même les moyens de les simuler.

La partie la plus intéressante est la liste des infirmités ou difformités compatibles avec le service auxiliaire. Les hommes atteints de quelqu'une de ces infirmités ne seront appelés qu'en cas de guerre ou de mobilisation.

En dehors de ces cas, les jeunes gens simplement maladifs, de constitution faible, etc., seront, dès le temps de paix, employés aux services accessoires des corps, ou dans la section d'administration.

Voici l'énumération des infirmités classant les hommes dans le service auxiliaire :

1. La faiblesse de constitution, si après le troisième examen devant le conseil de revision elle ne nécessite pas l'exemption.

2. L'obésité qui n'aura pas motivé l'exemption par son développement excessif.

3. Le pityriasis et l'ichthyose, si le premier n'occupe pas de grandes surfaces et si le second n'est pas généralisé.

4. Les tumeurs bénignes, kystes, lipomes, etc., les cicatrices, siégeant dans des régions où elles seraient incompatibles avec le port des effets ou de l'équipement réglementaires.

5. Les nœvi materni et les tumeurs érectiles qui sont peu développés ou qui, bien que volumineux et étendus, ne sont pas exposés à des pressions habituelles.

6. L'alopécie occupant une certaine étendue et indépendante du favus et de la pelade, les tumeurs bénignes du crâne : loupe, exostose ; les productions cornées, les cicatrices qui n'ont d'autre inconvénient que d'apporter un gêne à la coiffure militaire : casque ou shako.

7. La perte du pavillon de l'oreille, si elle est

totale ; son adhésion partielle aux parois du crâne, ses déformations ou malformations, si elles sont peu étendues.

8. La perforation de la membrane du tympan sans complication d'otorrhée.

9. La laideur extrême, telle qu'elle est définie à l'article 73, lorsqu'elle ne suffit pas à conférer l'exemption.

10. Les mutilations de la face, telles qu'elles sont définies à l'article 75, lorsqu'elles ne suffisent pas à conférer l'exemption.

11. Le symblépharon qui, sans amener une grande gêne dans le mouvement des paupières, n'est pas un obstacle à la fonction visuelle.

12. La blépharite ciliaire ancienne sans renversement des paupières.

13. Les opacités de la cornée, les exsudats de la pupille, suivant le degré de diminution de l'acuité visuelle défini au paragraphe 2 de l'article 85.

14. La myopie supérieure à dix dioptries, à condition que l'acuité visuelle soit ramenée par des verres concaves aux limites stipulées au paragraphe 2 de l'article 85 et qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues.

15. L'hypermétropie et l'astigmatisme, lorsqu'ils déterminent l'abaissement de l'acuité visuelle défini dans le paragraphe 2 de l'article 85.

16. Le strabisme fonctionnel, si la diminution de l'acuité visuelle est telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 85.

17. La perte d'un grand nombre de dents, si les gencives ne sont pas altérées et si la constitution du sujet est satisfaisante.

18. Le bec-de-lièvre congénital ou accidentel simple et peu étendu.

19. Le bégayement, quand il est assez prononcé pour empêcher de transmettre intelligiblement une consigne.

20. Les tumeurs du cou : le goître, les kystes séreux, les adénites peu développées, qui ne sont une cause de l'exclusion du service actif qu'en raison de la gêne causée par l'habillement militaire.

21. Les déformations de la poitrine : enfoncement ou saillie du sternum ou des côtes qui ne nuisent pas aux fonctions des organes internes ; les arrêts de développement, les courbures vicieuses, les pseudarthroses de la clavicule, les déformations de l'omoplate qui n'entravent pas les mouvements des membres supérieurs.

22. Les hernies inguinale et crurale ne dépassant pas l'orifice externe du canal.

23. La cryptorchidie, lorsque le sujet présente les caractères généraux de la virilité.

24. Les difformités congénitales ou acquises, qui n'entravent pas notablement les fonctions telles que : un cal volumineux et même légèrement difforme ; une incurvation modérée des membres supérieurs ou inférieurs ; l'inégalité des membres supérieurs ; le raccourcissement d'un membre inférieur s'il n'en résulte qu'une légère claudication.

25. Les varices, se présentant dans les conditions de non-acceptation pour le service actif stipulées article 231.

26. L'hygroma chronique, les kystes synoviaux assez prononcés pour exclure du service armé, ne compromettant pas néanmoins le jeu des articulations.

27. La raideur d'une articulation avec diminution légère de l'étendue des mouvements et qui ne nuit pas très sensiblement à l'action des membres, telles que : l'extension incomplète de l'avant-bras sur le bras, la flexion incomplète de la jambe sur la cuisse, les mouvements opposés étant entièrement libres ; la flexion permanente et complète de l'auriculaire de l'une ou l'autre main, la flexion incomplète de plusieurs doigts.

28. L'incurvation, la perte ou la mutilation des doigts ou des orteils, non compatibles avec le service actif, qui ne gênent pas notablement les fonctions de la main et du pied.

29. Les doigts et orteils surnuméraires, le chevauchement des orteils, les orteils en marteau, l'exostose sous-unguéale se présentant dans des conditions de non-acceptation pour le service actif.

30. Le défaut de taille constaté par le troisième examen devant le conseil de révision, après deux ajournements.

(*Méd. moderne.*)

Les déchirures du périnée.

Dans de récents articles, nous avons insisté sur la nécessité de suturer les déchirures du périnée, immédiatement après qu'elles se sont produites. Il n'est pas inutile d'insister sur quelques détails, dont on ne nous paraît pas avoir fait ressortir suffisamment l'importance. La déchirure, quelqu'étendue qu'elle soit, pourra se cicatriser rapidement sous l'influence des sutures. Nous conseillons de bien laver les surfaces avec un antiseptique fort (sublimé ou microcidine), puis, se servant d'une aiguille de Reverdin très courbe comme pour les périnéorrhaphies, on prendra des crins de Florence bien antiseptisés. Les sutures seront toujours profondes, comprenant toutes les surfaces cruentées. Un doigt introduit dans l'anus et le rectum, vérifiera si les fils sont trop profondément placés.

Quatre ou cinq fils sont suffisants ; on les serre fortement, et on saupoudre la plaie avec une poudre antiseptique puissante comme la suivante :

Iodoforme...........	} āā p. é.
Poudre de benjoin......	
Poudre de quinquina....	
Carbonate de magnésie saturé d'essence d'eucalyptus................	

Au bout de 8 à 10 jours seulement, on retire les fils, si les surfaces tiennent bien. Chaque jour, on a eu le soin après chaque injection vaginale, de saupoudrer avec la poudre antiseptique le raphé suturé. Avec ces précautions, la cicatrice est bonne et solide pour l'avenir.

Diagnostic du chancre de l'amygdale et de la diphthérie.

Dans le chancre de l'amygdale, deux signes sont constants : l'*induration de l'amygdale* et l'*adénopathie rétro-maxillaire*.

L'induration de l'amygdale est relatée dans tous les faits bien observés. Dans tous, on était frappé de la dureté ligneuse et comme cartilagineuse des tissus sous-jacents, de l'immobilité de la glande au milieu des tissus voisins auxquels elle semble soudée.

L'adénopathie ne fait non plus jamais défaut. Mais elle ne se montre pas toujours avec les mêmes caractères. Parfois, on trouve mentionnés des ganglions durs, non douloureux et roulant sous le doigt, tel qu'on les rencontre le plus généralement aux aines pour les chancres génitaux. Parfois, les ganglions sont augmentés de volume et douloureux ; dans d'autres cas, enfin, le cou est envahi par une tuméfaction diffuse occupant la région sous-maxillaire et se prolongeant le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

En aucun cas, cette adénopathie n'a suppuré.

Il n'y a pas lieu d'insister sur les troubles fonctionnels : salivation plus abondante, gêne de la déglutition, douleurs auriculaires, etc. On les trouve dans presque toutes les ulcérations amygdaliennes, quelle que soit leur nature.

Devant cette pénurie de moyens diagnostiques, on comprend l'embarras dans lequel se sont trouvés parfois les plus habiles cliniciens.

Nombreuses sont les affections pharyngées que peut simuler le chancre amygdalien.

Mais c'est avec la diphthérie que le diagnostic paraît le plus scabreux.

Dans les deux affections, en effet, on trouve un état général mauvais, un teint grisâtre, terreux, une fausse membrane recouvrant une ulcération, un retentissement ganglionnaire parfois très marqué. Peut-être l'erreur pourrait-elle être évitée, si l'on mettait en compte que la diphthérie pharyngée est rarement unilatérale, qu'il est plus rare encore que les piliers et la luette soient longtemps respectés, que ses lésions ne sont pas d'aussi longue durée. Enfin, l'induration des tissus sous-jacents manque dans la diphtérie.

Que si, malgré cela, il existe encore des doutes, le laboratoire peut les lever. En 24 heures, une culture sur sérum solidifié permet d'isoler et de mettre en évidence le bacille de Klebs-Loffler.

L'huile d'olive dans la colique hépatique.

On sait qu'on a préconisé à maintes reprises l'huile d'olive à hautes doses (200 à 400 grammes par jour) dans le traitement des coliques hépatiques. Ce procédé est irrationnel dans un grand nombre de cas ; le foie le plus souvent n'ayant nul besoin d'être irrité par cet apport intempestif d'huile. Quant aux calculs, qui auraient été soi-disant rendus par ce moyen, ce sont des calculs d'acides gras provenant de l'huile imparfaitement digérée et nullement des calculs biliaires, de cholestérine par exemple. M. Albert Robin a nettement démontré le fait depuis longtemps. Dans la colique néphrétique l'effet serait excellent, c'est du moins une tradition dans le Midi. Le Dr Aussilloux, qui s'est conformé à cette tradition, en a obtenu de bons résultats et recommande d'essayer ce moyen. Il prescrit :

Huile d'olive........ 200 grammes.

Prendre par cuillerées à bouche toutes les demi-heures par exemple. Avoir soin, avant de prendre chaque cuillerée, de se rincer la bouche avec de l'eau fortement aromatisée par l'alcoolat de menthe. Se rincer encore de même après avoir pris l'huile. Quelle que soit le mode d'action de l'huile en ce cas, on obtiendrait souvent ainsi un réel soulagement des douleurs.

(Médecine moderne.)

MÉDECINE PRATIQUE

L'athrepsie infantile.

Chaque année, dès que la température devient plus élevée, on voit apparaître sur les statistiques de décès un chiffre relativement élevé de morts par athrepsie. Est-ce à dire qu'il n'y en ait pas en tout temps ? Certainement non : mais les troubles digestifs prédominent pendant la saison chaude, parce que la salubrité de l'alimentation des nouveau-nés devient plus difficile et plus rare, et nombre d'enfants y succombent.

Beaucoup de médecins ont pris l'habitude d'étiqueter ces troubles graves, *athrepsie*, et c'est pour cela que le chiffre paraît fortement grossi. En fait, nous croyons que ce mot « *athrepsie* », créé par Parrot, est généralement mal appliqué et qu'on manque beaucoup de précision dans la généralité des diagnostics infantiles.

Il y a assurément de grandes difficultés à bien préciser le siège et la nature d'une maladie chez le tout petit enfant ; c'est une raison pour étudier la question d'un peu près et pour chercher une classification moins vague et plus clinique.

I

TABLEAU CLINIQUE.

Athrepsie signifie défaut d'assimilation, et non inanition ; la plupart des enfants athrepsiques sont des enfants qui prennent trop de nourriture et qui, pour cette raison, ne peuvent s'assimiler les principes nutritifs utiles ; il ne faut donc jamais traduire aux parents qui demandent l'explication de l'expression « cet enfant est athrepsique » par cette phrase erronée et dangereuse : « cet enfant meurt de faim » ; il faut dire : « Cet enfant ne digère pas bien, et a une alimentation trop forte. » Ces mots expressifs frapperont l'esprit des parents dans un sens salutaire à l'enfant.

Ceci dit, exposons, aussi brièvement que possible, le tableau clinique de l'athrepsie : L'enfant athrepsique a généralement l'aspect d'un petit vieillard ; la face ridée, amaigrie, le front plissé, le nez effilé, les joues creuses, laissant voir les saillies osseuses, le teint pâle, jaunâtre, subictérique ; le crâne est décharné, les fontanelles, les saillies et dépressions des pariétaux et de l'occipital sont toutes dessinées sous la peau amincie et ratatinée ; les yeux sont voilés et caves ; la bouche toujours enflammée, les muqueuses labiale et buccale rouges, de coloration vineuse ; souvent on remarque du muguet ou des aphthes sur la langue et aux gencives. Le thorax est décharné, ainsi que les membres supérieurs et inférieurs ; partout on ne voit que la peau et les os, tout le squelette est apparent, côtes, clavicules, humérus, fémurs, etc. ; partout cette même peau ridée, parcheminée, qui fait mal à voir. Les épaules, les fesses sont creuses ; il n'y a plus un muscle qui donne aux membres la forme normale. On n'ose toucher à ce frêle squelette, tant il paraît fragile. Le ventre est souvent ridé comme le reste, plat, rétracté ; d'autres fois aussi, il est ballonné, tympanisé, recouvert de veinosités très développées, comme un ventre de cirrhose atrophique avec ascite ; la peau est plucheuse, desquamée et de colora-

tion terreuse. Aux fesses, fréquemment on trouve de petites écorchures ou crevasses, mais plus souvent encore aux *talons*.

Les selles sont diarrhéiques ou constipées, jamais d'un jaune d'or de bon aloi, mais gris verdâtre, avec des grains blancs de lait non digéré.

La voix est généralement affaiblie et cassée, car l'enfant pousse des cris continuels. Il ne dort pas la nuit et a de fréquentes convulsions.

D'après ce court tableau, on voit facilement que bien des affections infantiles peuvent être prises pour l'athrepsie, en premier lieu la tuberculose, en second lieu, les dyspepsies simples par dilatation stomacale, les gastrites par intoxication alimentaire, les entérites, les adénopathies mésentériques, les hépatites, le rachitisme et la syphilis. C'est le diagnostic de ces différentes affections qu'il importe de faire pour instituer un traitement rationnel.

II

DIAGNOSTIC.

La tuberculose ressemble fréquemment à l'athrepsie, quand on n'y regarde pas de très près, et c'est ainsi que de nombreux cas de tuberculose infantile sont restés méconnus avant les travaux de Landouzy et de ses élèves. La tuberculose produit, elle aussi, une sorte d'athrepsie, mais d'un genre différent et malheureusement peu modifiable par le régime et les médicaments. C'est un caractère fort important de la tuberculose que de résister à toute médication ; mais, de plus, il y a ce qui a été appelé la polymicro-adénite tuberculeuse qui fait rarement défaut : les aisselles, les aines et le cou (régions sterno-mastoïdiennes) sont le siège de polyadénites, qui sont fort nettement appréciables quoique peu volumineuses. Bien entendu, les suppurations auriculaires, oculo-palpébrales, de nature scrofulo-tuberculeuses, les gommes tuberculeuses des fesses, des jambes, du dos, de la tête, sont de nature à permettre d'établir un diagnostic plus ferme. Nous ne parlons pas des signes stéthoscopiques pulmonaires que nous considérons comme sans valeur. La thermométrie a une tout autre importance ; tout d'abord, la thermométrie générale indique une élévation vespérale marquée ; la thermométrie locale a ici plus de précision encore que chez l'adulte, mais il faut avoir la patience de la rechercher. Il est rare que les deux côtés de la poitrine soient à la même température chez les enfants tuberculeux.

La dyspepsie par dilatation stomacale en impose très fréquemment pour l'athrepsie. Cela vient de ce que la délimitation n'est pas faite entre ces deux maladies. L'athrepsie est un manque d'assimilation dû aussi bien à l'apepsie et à la dyspepsie qu'à la débilité, à l'insuffisance assimilatrice de chaque cellule en particulier. L'athrepsie est comme la fatigue, le surmenage de la terre trop cultivée, trop surchargée d'aliments et ne pouvant plus suffire à la sève des plantes qu'on y veut faire pousser. L'athrepsie n'est pas congénitale ; c'est l'usure précoce de la puissance vitale des cellules de tout l'organisme (morbus totius substantiæ). Toute dyspepsie prolongée, chronique, mène à l'athrepsie l'enfant nouveau-né ; mais il ne faut pas confondre l'effet et la cause. La dyspepsie est moins grave, moins irrémédiable que l'athrepsie, et bien que le tableau auquel elle aboutit ressemble beaucoup à celui de l'athrepsie, il ne faut pas se hâter de se prononcer pour le plus grave. Avant donc d'être athrepsique, l'enfant est dyspeptique. Son estomac reçoit trop et trop souvent. La muqueuse s'enflamme, les glandes continuellement actives s'épuisent, se dessèchent, acide et pepsine disparaissent. L'estomac garde le lait à moitié digéré, l'absorption ne se fait plus, des fermentations se font, les gaz et les liquides distendent la poche, l'enfant crie et, pour le calmer, on lui entonne une nouvelle provision de lait qui élargit encore l'estomac, sans se laisser digérer davantage, et ainsi de suite. Au début l'enfant vomissait le trop plein; maintenant il le garde, ce qui ne signifie pas que cela lui profite; bien au contraire : son estomac est dilaté. Les toxines, l'empoisonnement, lui donnent la diarrhée ; rapidement l'enfant s'amaigrit et devient comme un petit squelette. Est-il athrepsique? Non. Palpez son ventre lentement, doucement; percutez-le, vous le trouverez tympanisé, douloureux à la pression, un clapotage ombilical vous indiquera que l'estomac est dilaté et rempli de gaz et de liquide. Massez-le, pétrissez-le plus fort, l'enfant fera des efforts de vomissement. Quelquefois, le caillot stomacal est tellement dense qu'à la percussion, on trouve la région de l'estomac mate au lieu d'être sonore. L'amaigrissement n'est pas si profond que dans l'athrepsie. Un régime approprié du reste permet à l'estomac de se débarrasser de cet encombrement et l'état général redevient rapidement meilleur. Donc, dans l'athrepsie ce qu'il y a de caractéristique, c'est l'aspect de vieillard et en même temps la persistance de cet aspect.

Les gastrites par intoxication alimentaire comme les entérites sont de nature aiguë et ne peuvent être confondues avec l'athrepsie que dans le cas où l'on voit l'enfant pour la première fois, et que l'on n'a pas de commémoratifs. La brusquerie et la gravité de ces empoisonnements par toxines et ptomaïnes alimentaires sont bien différentes de l'athrepsie. L'enfant a des vomissements, de la diarrhée, ses traits s'effilent, s'amincissent, les yeux se voilent, s'excavent, le ventre s'affaisse, les pieds se refroidissent, la peau se cyanose ou se couvre d'érythèmes ; en un mot, ce sont les signes de la gastro-entérite cholériforme : rien de commun donc avec l'athrepsie, maladie de langueur des cellules, maladie de ralentissement de la nutrition de tous les organes.

Le carreau ou adénite mésentérique tuberculeuse généralisée est souvent confondue par les parents plus que par le médecin avec la dilatation stomacale et le tympanisme du dyspeptique. Le diagnostic est facile avec l'athrepsie, par l'aspect même de l'enfant, qui est chétif, mais non ridé, non ratatiné comme le petit athrepsique. Le ventre est gros, dur en certains points, mat à la percussion, et très souvent douloureux. De plus, il y a généralement de la polymicroadénite inguinale. La péritonite tuberculeuse avec ascite est à peu près semblable; il y a, de plus, du liquide dans le péritoine.

Les hépatites infantiles sont assez fréquentes et personne n'ignore combien de nouveau-nés meurent d'ictère grave. Donc, généralement, quand il y a hépatite, il y a ictère ; l'ictère n'est

pas un signe d'athrepsie, il est généralement infectieux ou toxémique. Il est cependant des cas d'athrepsie qui se terminent par ictère grave mortel.

Le rachitisme diffère de l'athrepsie d'abord par l'âge de l'enfant : l'athrepsie, se montrant habituellement avant deux ans, le rachitisme au contraire est plus fréquent après deux ans ; toutefois, il y a des cas exceptionnels et l'un peut être pris pour l'autre. Cependant, le rachitisme s'accompagne de déformations osseuses, le plus souvent épiphysaires, qui ne se voient point dans l'athrepsie ; la carène thoracique et le ventre de batracien, les fémurs arqués, les tibias contournés, la tête asymétrique et volumineuse, ne se trouvent pas dans l'athrepsie ; l'air vieillot du rachitique n'est pas l'air ridé de l'athrepsique ; vieillot et vieillard ne sont pas synonymes ; car l'air vieillot s'applique aux traits de la face, qui paraissent être ceux d'un enfant de 10 à 12 ans, et non pas d'un vieillard de 80 ans comme c'est le cas dans l'athrepsie.

La syphilis, enfin, peut donner au nouveau-né un aspect débile qui fait penser à l'athrepsie : le plus souvent, les éruptions péri-buccales et périanales, le teint cireux ou plombé des téguments, le pemphigus des extrémités, le coryza chronique et les rides labiales mettent facilement sur la voie du diagnostic. Tous les cas ne sont cependant pas aussi typiques. Mais ce qu'il y a de caractéristique, c'est, d'une part, le mode de début de l'athrepsie, qui n'est pas aussi précoce que celui de la syphilis héréditaire, et, d'autre, part la coloration jaunâtre pâle des téguments du syphilitique qui est cachectique, mais non ridé comme l'athrepsique.

III.

TRAITEMENT.

L'athrepsie étant reconnue, et sa vraie cause à peu près entrevue, que reste-t-il à faire pour la combattre ? 1° Il y a eu surmenage, puis épuisement consécutif : il faut donc donner une alimentation légère et facilement digestible. Le lait peut être trop riche en matériaux azotés et par suite funeste à l'enfant. Le premier point sera donc de changer la nourrice de l'enfant. Les tétées seront absolument régulières, et espacées, au début, de 2 heures 1/2 ou 3 heures. Pendant 10 à 15 minutes, l'enfant sera laissé au sein. On lui lavera attentivement la bouche avec de l'eau de chaux ou de l'eau de Vichy. Si, malheureusement, on ne peut donner une nourrice, on comptera moins sur de bons résultats. On s'adressera au lait d'ânesse pur, si cela est possible ; on enverra l'enfant à la campagne et avec d'infinies précautions on lui donnera du lait non bouilli coupé de moitié eau bouillie sucré et additionné d'une ou deux cuillerées à café d'eau minérale alcaline. En tout cas, jamais de bouillies, de panades, de biscottes, de farines lactées à un enfant athrepsique. 2° Il y a ralentissement de la nutrition, et probablement absence de ferments digestifs passagère.

Dans ce but, il est nécessaire d'associer des toniques stimulants à l'alimentation lactée exclusive, toniques *intus et extra*.

Dans le premier ordre d'idées, on donnera l'alcool sous forme de liqueur d'Hoffman, de potion de Todd, de teinture de quinquina ou d'écorce d'orange, mélangé ou non au lait du biberon ou avant chaque tétée au sein. Quand nous parlons de biberon, nous n'admettons plus que le petit flacon de verre muni à son goulot d'une tétine large en caoutchouc rouge ayant la forme d'un petit chapeau et pouvant se retourner comme un doigt de gant pour le nettoyage. Nous donnons 1 cuill. à café de potion de Todd, quatre fois par jour ou bien cinq gouttes de teinture d'Hoffman, de quinquina, etc., matin et soir, pendant quatre ou cinq jours, dans le lait. On suspend les médicaments pendant quelques jours, puis on reprend si l'on n'a remarqué aucune amélioration.

En ce qui concerne les toniques extérieurs, nous donnons tous les jours un bain sinapisé, d'une durée de 2 minutes, puis nous le faisons suivre de frictions et de massages à l'eau de Cologne ou de lavande. Les pieds et les jambes sont oints de vaseline boriquée et enveloppés d'ouate, on recouvre l'ouate de taffetas gommé, et cet appareil extérieur de réchauffement est renouvelé 5 ou 6 fois par jour, afin d'éviter son imbibition par l'urine et les fèces.

Bien souvent une bonne nourrice suffit, ce qu'il est aisé de voir au bout de quelques jours ; toutefois, même avec une nourrice, quelques excitants internes et externes sont d'utiles adjuvants.

Quant au lait stérilisé, nous n'en avons pas parlé, pour la simple raison qu'il ne nous paraît pas indiqué dans l'athrepsie. Autant ce lait est excellent dans les gastro-entérites par intoxications alimentaires, autant il est défectueux dans l'athrepsie ; il est épais, grumeleux, difficile à digérer. Mais s'il n'est pas bon de donner du lait stérilisé, il ne s'en suit pas qu'il ne faille pas soigner la qualité du lait ; le lait frais, non bouilli, provenant de vaches bien saines, est le seul aliment idéal que ne remplaceront jamais tous les laits stérilisés du commerce.

Dr Paul Huguenin.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement du diabète chez l'enfant (1).

Diabète sucré.

Le diabète est exceptionnel chez les enfants, particulièrement au-dessous de deux ans ; la glycosurie passagère n'est pas très rare, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen systématique des urines chez tous les enfants malades.

La plus fréquente des *glycosuries* accidentelles est celle qu'on observe dans les cas où existent des perturbations des fonctions digestives (dyspepsie gastro-intestinale, avec torpeur du foie). Puis vient la glycosurie passagère de certains affections nerveuses. Enfin, celle qu'on rencontre chez des enfants obèses ; celle-ci est particulièrement inquiétante, à cause de la parenté entre l'obésité et le diabète. Cependant, il ne faut considérer comme diabète vrai que la glycosurie permanente, et, malheureusement, celle-ci est chez l'enfant du plus mauvais pronostic.

Si l'enfant chez lequel on constate des urines sucrées est dyspeptique, gourmand de sucreries,

(1) *Traité de pédiatrie* de Le Gendre et Broca.

de féculents, on commencera par régulariser son hygiène alimentaire en supprimant les aliments sucrés farineux et féculents, en espaçant convenablement les repas ; si le foie est congestionné, on donnera quelques doses de calomel, de sulfate de soude, des amers ; on appliquera des ventouses sèches réitérées, des cataplasmes sinapisés sur la région hépatique.

S'il s'agit d'un enfant névropathe, on le soumettra aux frictions cutanées quotidiennes, à l'hydrothérapie froide ou écossaise, au massage ; on donnera avec discrétion l'antipyrine, les bromures, la valériane. Si c'est un obèse, on adjoindra à ces moyens l'exercice régulier au grand air, l'usage des alcalins, les bains chauds salés, un peu prolongés, les inhalations d'oxygène ou d'air comprimé.

Quand la persistance de la glycosurie, malgré les modifications au régime, la polyurie, l'azoturie existent, le diagnostic de diabète n'est plus douteux ; malgré le régime et le traitement le mieux conduit, malgré la polyphagie, l'amaigrissement se produira au bout de quelques semaines ou de quelques mois, avec tout le cortège symptomatique du diabète maigre, qui est la forme clinique ordinaire, dans l'enfance, et la mort surviendra par le coma diabétique ou la phthisie, si quelque complication intercurrente n'abrège pas la marche naturelle des choses.

Quoi qu'il en soit, chez le *nourrisson diabétique* on ne pourra supprimer le lait, mais on fera prendre à chaque tétée une cuillérée d'eau de Vichy ; si l'enfant est alimenté artificiellement, on étendra le lait d'eau alcaline en y ajoutant une certaine quantité de crème pour le rendre plus riche en matières grasses.

Quand le temps sera venu de sevrer l'enfant, au lieu de lui continuer jusqu'à deux ans l'usage du lait de vache, on lui organisera une alimentation composée de bouillon, d'œufs, de beurre, de jus de viande, de poudre de viande ou de pulpe crue râpée.

Dans la *seconde enfance* et *l'adolescence* comme chez le diabétique adulte, les aliments interdits sont le sucre et les mets sucrés, les féculents, c'est-à-dire : pain ordinaire, pâtisseries, pommes de terre, haricots, pois, lentilles, châtaignes, riz, nouilles ; les racines sucrées : carottes, betteraves, oignons, navets ; certains légumes, comme l'oseille, la tomate, l'asperge ; — le lait, le chocolat ; — les fruits sucrés : raisins, prunes, abricots, poires et pommes, figues, fraises, cerises et groseilles, melons ; les vins sucrés, les sirops, la bière, le cidre.

Les aliments permis sont le bouillon, les viandes et volailles grillées et rôties, les œufs, les poissons, les corps gras : beurre, lard, les légumes herbacés, épinards, chicorée, laitues, choux et choux-fleurs ; comme desserts, les fromages, les olives, les noix, les amendes, les noisettes, les pistaches. On donnera 20 à 60 gr. de glycérine, mélangée à du vin blanc et à de l'eau de Vals. Comme boisson, le vin rouge ou blanc non sucré coupé d'eau. On laissera l'enfant boire à sa soif, par quantités modérées à la fois, souvent réitérées. Si l'enfant les tolère, on essayera le pain de gluten, le pain d'amande de Pavy, le pain de Soja ; si ces pains artificiels l'empêchent de manger, on lui permettra un peu de croûte de pain ou une pomme de terre cuite à l'eau. On se gardera d'ailleurs d'exiger une rigueur absolue dans le choix des aliments pour ne pas entraver l'alimentation par le dégoût, puisque l'anorexie est la perte amenée à bref délai du diabétique qui court à la consomption par autophagie.

L'huile de foie de morue doit être donnée, légèrement additionnée de créosote pour prévenir l'infection tuberculeuse, et créosotée à plus haute dose si les signes de tuberculose pulmonaire existent déjà.

Comme soins hygiéniques il faut prescrire les frictions hydrothérapiques, l'exercice au grand air, tout en interdisant les mouvements trop violents capables d'amener les sueurs profuses et le surmenage, la suppression du travail intellectuel.

Comme médicaments, tant que l'état général du sujet se maintient sans amaigrissement, j'emploie en première ligne les *alcalins* par cures de 10 jours consécutifs, séparés pas des repos de 5 jours ; chaque jour, 1 à 5 grammes de bicarbonate de soude, en trois doses prises une demi-heure avant les repas, en l'associant tantôt au benzoate de soude et tantôt au benzoate de lithine.

Pendant les jours intercalaires je donne tantôt l'arsenic (liqueur de Fowler ou arséniate de soude) et tantôt la quinine (chlorhydrate ou valérianate), 0,10 à 0,50.

S'il y a des phénomènes névralgiques, j'emploie l'antipyrine ou le bromure de potassium.

Dès que survient l'amaigrissement, l'abolition des réflexes rotuliens, les médicaments de choix sont les nervins et les antidéperditeurs : l'arsenic, la valériane, la codéine et la strychine ; ainsi on peut formuler des pilules du genre de celles-ci :

Sulfate de strychine............	1/2 milligr.
Arséniate de soude............	1 »
Codéine pure..................	1 centigr.
Valérianate de quinine..........	5 »
Extrait de valériane............	Q. S.

pour une pilule. On en donnera, suivant l'âge, 1 à 6 par jour réparties au moment des repas.

Si l'enfant est assez grand, on peut tenter une cure à Vichy ou à la Bourboule, suivant la période de son affection.

On prendra soin de traiter avec une antisepsie minutieuse toute excoriation susceptible d'ouvrir la porte aux infections, les phlegmons, anthrax, gangrènes, érysipèles.

Le coma diabétique est en général mortel, chez l'enfant comme chez l'adulte : pour le prévenir, il faut éviter l'alimentation carnée exclusive et la diminution de la quantité des urines, les émotions vives, les fatigues physiques et intellectuelles.

On doit donc varier autant que possible l'alimentation du diabétique dans la mesure compatible avec l'abstention des générateurs du glycogène, le laisser boire à sa soif, lui donner de grands lavements froids fréquents, si le taux des urines s'abaisse.

Quand les accidents se produisent, les alcalins à haute dose, voire les injections intra-veineuses de sérum artificiel chloruré et bicarbonaté sodique, les injections sous-cutanées de caféine et d'éther sont des moyens qu'il est logique d'essayer, mais qui n'ont pas réussi, à notre connaissance, à empêcher la mort.

P. Le Gendre.

Le 11ᵉ Congrès international médical de Rome.

Le 4 avril, le matin, les *journalistes Italiens* ont offert un banquet à leurs collègues de la *presse médicale internationale.* Le programme de la réunion était : cordialité et il a été rempli, à la satisfaction des cinquante convives. Il a débuté par une petite allocution prononcée par chaque journaliste, qui disait son nom et celui du journal qu'il représentait et qui invariablement était accueilli par des applaudissements. On a porté des toasts chaleureux et le désarmement international est devenu une réalité médicale de vingt-quatre heures. On a parlé de toutes les difficultés qu'ont à surmonter les congrès qui deviennent de plus en plus suivis, surtout dans cette *terre d'Italie,* la mère nourricière de toutes les civilisations et le plus grand réceptacle des chefs-d'œuvre du monde entier.

Il s'est produit spontanément une proposition qui consistait dans la formation d'un *Comité international*, destiné à élaborer les réglements des Congrès futurs. Appuyée et combattue le soir, en un *Lunch* que les journalistes étrangers ont voulu offrir, à 11 heures du soir, à leurs collègues Italiens, elle n'a pas eu de suite, malheureusement ! l'accord international n'a eu qu'une trop courte durée et les journalistes Italiens, très chaleureux d'abord, opinaient ensuite, avec leurs confrères allemands ; effet de la Triplice et non le moins regrettable !

Le cinq avril, jeudi, les séances du Congrès suivaient leurs cours ; les présidents des sections se réunissaient et bientôt s'élevait la grave question du choix d'une capitale, pour le Congrès de 1896.

M. le professeur *Bouchard*, qui avait inauguré les travaux de la section dont il était le Président, par une étude très applaudie sur la *fièvre*, n'avait pas été convoqué, par suite d'une omission, au moins singulière, à la réunion des *Présidents des sections.* Il était avisé, s'y rendait sans convocation et le résultat consistait en sa nomination, comme Président général. Sous l'influence de son autorité morale et de sa haute situation scientifique, aidées de son tact, d'une sûreté absolue, malgré l'opposition des allemands, amenée par une phrase malheureuse, introduite dans le rapport adressé au czar, par une commission Russe, la Réunion des sections désignait la Russie comme siège du Congrès de 1896. On n'acceptait pas *Madrid* ; les délégués du gouvernement Espagnol avaient annoncé l'acceptation de leur pays. Mais, appuyés par les Allemands et leurs partisans, ils ne parvenaient pas à faire modifier la proposition de M. Bouchard.

C'est donc à *Pétersbourg*, ou plus probablement à *Moscou*, qu'aura lieu le prochain Congrès. Le choix de l'une ou de l'autre de ces villes a été laissé au gouvernement Russe. Le succès du représentant de la science française est dû à l'appui des nombreux pays qui parlent le français. Un éminent professeur allemand, à qui on disait : Mais pourquoi faites-vous vos communications en français ? répondait : « C'est que je désire être compris par le plus grand nombre, par tous, car tous comprennent le français. » — L'influence de notre pays n'est pas près de s'éteindre !

Le cinq, les fêtes promises continuaient. Il s'agissait d'un banquet offert aux congressistes, dans les prodigieuses ruines des *Thermes de Caracalla.* Il eût été préférable de choisir celles du *Colosseo,* du *Colysée.* On aurait pu, ainsi, embrasser d'un coup d'œil, les détails de l'exhibition qu'on préparait, tandis qu'aux thermes, plusieurs enceintes, quelque vastes qu'elles fussent, empêchaient la vue d'ensemble.

Mais aussi quel spectacle ! On avait bien fait les choses. On avait préparé un beau menu, fourni de vins, pour trois mille personnes. Il est entré six mille congressistes et plus de six mille *Romains,* qui avaient des cartes, à titre d'hôtes, pensons-nous.

M. *Baccelli*, le ministre, avait dit à quelqu'un : Venez, vous verrez un des spectacles de la *Rome antique* ! Une saturnale, une des Bacchanales de l'époque du *Panem et circenses* !

En effet, à part quelques rares privilégiés, qui avaient pris place, avec des dames, à la table officielle, les victuailles étaient prises d'assaut, on se les arrachait ; et bientôt la vaste arène n'était plus qu'un charnier qui soulevait, de dégoût, les cœurs les plus robustes ! Ah, certes, la fête était réussie et c'est au Colysée qu'on aurait pu la voir dans toute sa splendeur.

C'était, là, le clou des fêtes annoncées. Celui-là n'a pas manqué. On en conservera le souvenir.

Le soir, à cinq heures, il y avait au programme, une *fête des fleurs* dans le *Corso* et les grandes voies qui lui font suite. Que de congressistes qui se faisaient une fête de contempler ce spectacle, inconnu pour eux, ainsi que l'illumination avec *retraite aux flambeaux et Mocceletti* !

Il s'est trouvé qu'à Rome il ne pousse pas de fleurs ; que chaque voiture de louage, qui est censée prendre part à la fête, ne contient pas de fleurs ; qu'on en voit une demi-douzaine dans les mains de leurs locataires qui ne consentent pas à s'en dessaisir ! Voyez quelle fête des fleurs ce peut-être ! On attendait toujours *que la fête commençât* et à sept heures, elle était finie, sans avoir commencé.

Le soir, à 9 heures, c'était la fameuse retraite et les Moccoletti, célèbres eux aussi. Il ne s'est pas trouvé d'argent pour acheter ces petites bougies, qu'on éteint, dit-on, à l'envi, dans les mains de son voisin. On a vu arriver quelques transparents, portés par des hommes à gages. Il y en avait bien pour cent francs avec les devises d'adieu aux Congressistes des diverses nations.

En revanche, la foule était énorme et du meilleur aloi. Pas un cri discordant, des agents de police d'une tenue et d'une urbanité qu'on ne rencontre nulle part.

Les fêtes ont donc manqué ; l'organisation du Congrès a été défectueuse ; les communications, en beaucoup trop grand nombre, sont sans valeur considérable, dans toutes les branches et chez tous les peuples, au-dessous de celles des Congrès précédents, moins nombreuses.

C'est l'opinion d'un professeur de province, très assidu à toutes les séances. Il faudra aviser.

Mais, en revanche, quel merveilleux théâtre, pour une exposition, que cette ville de Rome,

la ville éternelle, qui est et restera toujours le dépôt admirable de tous les chefs-d'œuvre de l'art, dans ses plus hautes expressions ! Ici les paroles sont insuffisantes pour marquer ce qu'on éprouve dans cette course ininterrompue à travers les œuvres des artistes incomparables qui ont illustré le monde.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation des Pyrénées-Orientales.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Colmon (de Céret), membre du Concours, délégué à la Commission administrative de la Société locale.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Perpignan.

M. le Dr A. Donnezan, (de Perpignan), Président de la Société locale, membre du Concours.

M. le Dr Lutrand (Perpignan), secrétaire de la Société locale.

Arrondissement de Céret.

M. le Dr Cassan (Banyuls-sur-Mer), membre du Concours, délégué à la commission administrative de la Société locale.

M. le Dr Salles (Saint-Laurent-de-Cerdans), membre de l'Association amicale.

Arrondissement de Prades.

M. le Dr Marie (Prades), délégué à la Société locale.

M. le Dr Sévène (Mont-Louis), membre du Concours et de la Société locale.

M. le Dr Traby (Ille-sur-Tet), membre de la Société locale et de l'Association amicale.

C'est au premier juillet prochain que la caisse de l'Association amicale pourra être appelée à verser des indemnités, en cas de maladie des sociétaires dont l'admission porte la date du 1er Janvier 1894.

Rappelons à ce sujet la marche à suivre dans les formalités que devra remplir le Sociétaire intéressé.

1° Adresser au secrétaire général une déclaration de maladie indiquant la date du début de celle-ci. Cette pièce, signée du sociétaire ou de son médecin traitant, devra mentionner *qu'à partir de tel jour le malade a cessé de faire ses visites*, ou bien *qu'il a cessé tout travail* (s'il borne l'exercice de sa profession aux consultations) (Art. 28 et 29). Dans le cas où le Sociétaire se soignerait lui-même, il devra faire viser sa déclaration, soit par le correspondant régional de l'Association, soit par un confrère du voisinage, soit encore, à défaut des précédents, par le maire de sa résidence ou le juge de paix de son canton.

Et cette déclaration doit être faite le plus près possible du début de la maladie (Art. 29).

2° Même formalité doit être remplie dans le délai de trois jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail sous peine d'une amende de 2 fr. par jour de retard (Art. 29).

Procès verbal de la séance du 1er avril 1894

Présents : MM Maurat, vice-président ; Gassot, trésorier ; Jeanne, secrétaire général.
Excusés : MM. Cézilly et Archambaud.

La séance est ouverte sous la présidence de M. Maurat.

Le Trésorier donne communication de l'état de la caisse au 20 Mars.

L'avoir se solde par............	2338 fr. 53
Savoir :	
Livret à la caisse nationale d'épargne........................	2000 fr.
En caisse..........................	338 fr. 53

Le conseil décide que sur cette somme il sera acheté 50 fr. de rente 3 %, et que les sommes à encaisser seront versées à la caisse nationale d'épargne.

Il décide aussi que si les sociétaires de province en font la demande, le recouvrement de leurs cotisations sera effectué par la poste, mais que la quittance sera augmentée de un franc pour frais de recouvrement.

Le conseil prononce ensuite les admissions suivantes qui porteront la date du 1er avril.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical Français.

L'Assemblée générale annuelle a eu lieu le 1er avril dernier, au siège social, 22, place Saint-Georges, à Paris, sous la présidence de M. le Dr Dujardin-Baumetz.

Elle avait été précédée, comme le veulent les statuts, de la réunion du Comité directeur et du Comité des censeurs.

Il résulte du rapport du trésorier et de l'examen de ses livres que l'encaisse s'élevait, au 31 mars 1894, à la somme de 488.203 fr. 23. La situation est donc florissante.

Cette année même commence la distribution des retraites. La Société a, pour cette première année, 7 pensions à servir. Au 31 décembre dernier, à la fin du dixième exercice, a été close la période d'attente pendant laquelle la Société a constitué son capital inaliénable, capital s'élevant, au 31 décembre, à la somme de 451.280 fr. 22 c.

L'ordre du jour de cette Assemblée générale portait l'augmentation du chiffre des cotisations. En raison de l'abaissement du taux général de l'intérêt de l'argent, la Société, suivant l'exemple de toutes les compagnies d'assurances sur la vie, s'est vue obligée d'augmenter le taux des cotisations annuelles. Elle a décidé qu'il serait augmenté, à partir du 1er avril, de 25 %. Cette augmentation ne touchera que les nouveaux adhérents. Les anciens, admis jusqu'au 1er avril 1894, continueront à payer les mêmes cotisations.

Le Bureau de la caisse se trouve ainsi constitué pour 1894 :

Président, Dr Dujardin-Baumetz (Paris).
Vice-Président, Dr Lande (Bordeaux).
Secrétaire général, Dr Delefosse (Paris).

Secrétaire du Comité, Dr Maurat (Chantilly).
Trésorier, Dr Verdalle (Bordeaux).
Contrôleurs, Dr Cézilly (Paris).
id. Dr Gassot (Chevilly-Loiret).

L'Assistance médicale gratuite.

L'application, si attendue, de l'organisation de l'assistance médicale gratuite vient de faire un nouveau pas.

Les Conseils généraux viennent d'être avertis, par un télégramme adressé aux Préfets, que la circulaire ministérielle allait prochainement paraître et ont été invités à désigner, dans leur session d'avril, la commission chargée d'examiner les projets de règlements locaux qui seront discutés à la session d'août. Faculté leur était laissée de déléguer à cet effet la *Commission départementale* ou de nommer une *Commission spéciale.* La chose est donc faite actuellement dans tous les départements.

Nos confrères feront bien de s'informer, pour leurs départements respectifs, de la composition de la Commission et d'entrer en relations avec les conseillers généraux désignés.

Ils auraient tort d'attendre trop longtemps, car il est probable que les Commissions ne tarderont pas à être saisies par les Préfets qui n'attendent plus que la fameuse circulaire pour faire préparer les projets de règlements.

Cette intervention, près des Commissaires, n'empêchera d'ailleurs en aucune façon l'intervention près des Préfets : elle ne fera que la compléter et aura nécessairement pour effet de détruire les préventions qui accueillent toujours une réforme ou une nouveauté.

Il sera toujours préférable d'éclairer, à l'avance, ces commissaires avant qu'ils n'aient une opinion faite sur la question, que de combattre des décisions qu'ils auraient pu prendre, ces décisions fussent-elles simplement provisoires.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Rouen.

1er *Décembre* 1893.

Présents : MM. de Welling, *Président*, Delabost, Debout, Douvre, Bugnot, Gervais, Pris, Carliez, Brunon, Lireux et Bouju.

Sociétés de secours mutuels.

M. Carliez demande quelle conduite doit tenir un médecin, appelé chez un client membre d'une société de secours mutuels, et, si cette conduite doit varier, suivant que le médecin de la société est rétribué à la visite, ou à l'abonnement.

L'Assemblée décide qu'on ne doit pas se préoccuper de la situation faite au médecin par la société de secours mutuels : les rapports confraternels subsistent toujours et on doit appliquer à son égard les règles de la déontologie usitées en pareil cas.

Séance de l'Union.

M. le Président s'est rendu à Paris, à la réunion générale de l'Union des Syndicats de France; il y a été décidé qu'il n'y aurait plus rien de commun entre l'Union et le Concours Médical.

L'Assemblée, pour témoigner à M. Cézilly sa reconnaissance pour les services rendus à l'Union, l'a nommé Président d'honneur.

M. de Welling dit qu'il a été frappé de l'activité de certains Syndicats.

Dénomination de la Société.

En raison de l'autorisation qui est donnée aux médecins, par la loi du 27 novembre 1893, de se former en Syndicats, il y aurait lieu de changer le titre de la Société.

On décide que le bureau se réunira et étudiera le titre à donner à la Société et les transformations à apporter aux statuts.

Exercice par les médecins militaires.

Les Médecins de St-Sever présentent des pièces attestant la concurrence déloyale que leur fait un des médecins du 12e chasseurs.

Ces pièces seront réunies au rapport général qu'ils se sont chargés de faire, pièces remises au Bureau qui les transmettra à l'autorité compétente.

Bureau.

L'ordre du jour appelle le renouvellement, par vote, du Bureau qui se trouve ainsi composé, M. de Welling, président sortant, ayant demandé à ne pas être proposé pour la réélection.

Président, M. Debout.
Vice-Président, M. Brunon.
Secrétaire, M. Bouju.
Secrétaire-adjoint, M. Carliez.
Trésorier, M. Lireux.
Conseillers, MM. de Welling et Cauchois.

Le Secrétaire,
Dr Bouju.

Syndicat en formation à Bordeaux.

A la dernière réunion de l'Association des médecins de la Gironde, M. le Dr Dupeux avait proposé la formation d'un Syndicat médical Bordelais, ayant pour but la défense des intérêts professionnels.

Cette proposition ayant été favorablement accueillie par un grand nombre de médecins et M. le Président Hameau ayant fait remarquer que la création d'un syndicat, tout en étant assurée de l'appui moral de l'Association, ne pouvait émaner que de l'initiative privée, le Dr Dupeux provoqua une réunion de confrères dans le but de poser les premiers jalons de l'institution nouvelle.

Une trentaine de membres assistaient à cette réunion. On a nommé une Commission de cinq membres chargée d'élaborer les statuts : MM. Chabrely, Dupeux, Lauga, Troquart et Dumur.

La Commission a commencé son travail et, dès que son rapport sera prêt, elle provoquera une réunion générale de tous les médecins Bordelais.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Congrès international de médecine de Rome s'est terminé jeudi matin, 5 courant.

Dans son discours de clôture, le professeur Bacelli a adressé les remerciements de l'Italie aux médecins venus de toutes les parties du monde.

En venant à Rome, a-t-il dit, les congressistes ont affirmé que pour les esprits d'élite au-dessus de toutes les patries il y a une patrie supérieure et commune, la science.

Mr Baccelli a proposé, en terminant, que le douzième Congrès se réunisse en Russie, en laissant au gouvernement russe le choix de la ville qui en sera le siège.

M. Danilewski, au nom du gouvernement russe, a déclaré qu'il acceptait la proposition de M. Bacelii.

Les représentants de tous les comités étrangers ont alors pris successivement la parole pour remercier et saluer les souverains d'Italie et le gouvernement italien, et la séance a été levée au milieu des acclamations.

— *Congrès national d'assistance publique.* — Depuis l'Exposition universelle de Paris en 1889, il n'y a pas eu en France de congrès où les questions relatives à l'Assistance publique aient été discutées.

La nouvelle loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite et le remaniement devenu nécessaire de la loi Roussel, sur le service des enfants assistés exigeaient une prochaine réunion de toutes les personnes qui s'occupent d'assistance ; un congrès national d'assistance a donc été organisé et tiendra ses séances à Lyon, du 25 au 30 juin 1894.

La ville de Lyon était bien indiquée pour servir de lieu de réunion à ce prochain congrès ; l'exposition qui doit y avoir lieu à la même époque et sa remarquable administration hospitalière seront autant d'attractions, dont les congressistes pourront en même temps profiter, en joignant ainsi l'utile à l'agréable.

Les personnes qui désireraient recevoir le programme du congrès et se faire inscrire comme membres adhérents peuvent, dès à présent, s'adresser à M. Francis Sabran, secrétaire général du congrès, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, à Lyon.

— *Les réformes hospitalières à Paris.* — La 5e commission du Conseil municipal a décidé de réformer promptement le mode d'admission et les consultations dans les Hôpitaux de Paris. Le rapporteur, M. le Dr Dubois, a définitivement fait approuver la division de Paris en circonscriptions hospitalières analogues à celles des maisons de secours des Bureaux de bienfaisance.

L'hôpital Necker, pour prendre un exemple, serait affecté aux quartiers d'Auteuil, de Grenelle, de Javel, de Saint-Lambert, de Necker, et aux communes de Clamart, Issy et Malakoff. Les malades indigents de ces régions, s'ils veulent être hospitalisés, devront donc s'adresser à l'hôpital Necker. C'est aussi là qu'ils devront se rendre pour la consultation.

Bien entendu, cette règle souffrira des exceptions : 1° pour les maladies traitées dans des services spéciaux ; 2° pour les personnes atteintes, hors de leur circonscription, d'accidents subits ou de blessures graves ; 3° pour les malades nécessiteux adressés par le médecin du traitement à domicile, dans des cas spéciaux et véritablement exceptionnels ; 4° enfin, pour les enfants.

Ce n'est pas, en ce qui concerne ces derniers, que le Conseil municipal tienne beaucoup à conserver des hôpitaux spéciaux d'enfants. On espère ultérieurement créer, dans chaque hôpital, un service d'enfants et faire disparaître les deux grands hôpitaux spéciaux où la contagion a déjà fait tant de victimes et qui condamnent les familles des pauvres petits malades à la dépense difficile et aux cruels soucis de l'éloignement.

Le mode des consultations dans les hôpitaux doit également être réformé.

Les médecins du Bureau central, au lieu de faire la consultation au Bureau central, la feront chacun respectivement, dans chaque hôpital. Les médecins des Hôpitaux ayant un service ne feront plus la consultation. Ils ne pourront plus choisir leurs malades, ni envoyer leurs rebuts à des collègues moins énergiques. Beaucoup vont s'en plaindre ; les malades seuls en bénéficieront.

— A la suite d'un rapport très pratique présenté à la *Société protectrice des animaux* par M. le Dr Cazenave de la Roche, membre du Concours médical, sur les *Vacheries de Menton* et sur les indications hygiéniques qu'exige ce genre d'établissement en vue des bonnes qualités du lait, un *diplôme d'honneur a été accordé* par la Société à notre distingué confrère.

—Nous apprenons la mort du Dr *Cusco*, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, bien connu de tous les gynécologistes. — Sa mort laisse vacante une place de l'Académie de médecine.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3889. — M. le docteur Crouzel, de Prayssas (Lot-et-Garonne), membre de l'Association des médecins du Lot-et-Garonne.

N° 3890. — M. le docteur Roy, de Bordeaux présenté par M. le Directeur.

N° 3891. — M. le docteur Pallier, de Portrieux-Saint-Quay (Côtes-du-Nord), membre de l'Association et du Syndicat des médecins des Côtes-du-Nord.

N° 3892. — M. le docteur Marseille, du Vaudreuil (Eure), présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

V. Morax (le Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **L'étiologie des conjonctives aiguës et l'Asepsie dans la Chirurgie oculaire.** Un volume in-8 de 144 pages, avec une planche en deux couleurs, couverture japon. Prix : **5** fr.

L'auteur montre par des recherches personnelles que la classification des conjonctivites aiguës doit être basée sur l'étiologie et que, dans la majorité des cas, le diagnostic s'établit facilement et sûrement par l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale. Reprenant l'étude des conjonctivites aiguës, en se basant sur des données précises, il étudie tout d'abord la conjonctivite aiguë contagieuse. Il prouve par les cultures et l'inoculation, la spécificité de cette affection dont l'agent pathogène est un petit bacille.

Les variations de virulence de ce bacille et les modalités de la sécrétion conjonctivale en rapport avec la virulence, l'existence constante de cas sporadiques, permettent de comprendre l'apparition d'épidémies plus ou moins graves et expliquent certains faits jusque-là obscurs. Au point de vue pratique il est de première importance de savoir que des cas bénins peuvent donner naissance, par contagion, à des cas intenses et qu'il est nécessaire de les traiter énergiquement. — L'auteur décrit ensuite les caractères de la conjonctivite lacrymale à streptocoques, et de la conjectivite à pneumocoques. — A propos des conjonctivites causées par le gonocoque, il montre que chez les jeunes filles atteintes de vulvo-vaginite, on rencontre souvent des conjonctivites dues à la contagion par le gonocoque. La conjonctivite blennorrhagique spontanée et l'ophthalmie des nouveau-nés font également l'objet de considérations importantes.

La deuxième partie de l'ouvrage, consacrée à l'asepsie dans la chirurgie oculaire, a un *grand intérêt pratique.* L'auteur y expose la technique à suivre lorsqu'on veut réaliser une asepsie parfaite. Il démontre aussi que l'emploi des moyens de stérilisation par la chaleur est préférable aux moyens chimiques et que les résultats sont excellents lorsque la méthode est rigoureusement observée.

Net franco **4 francs** pour MM. les Membres du *Concours Médical.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année — N° 16 — 21 Avril 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le savonnage de la bouche.

Dans un récent travail sur l'antisepsie buccale, le D[r] *Jean Camescasse*, vante les excellents résultats qu'il obtient journellement par le savonnage de la cavité buccale. Il soutient même que le savonnage quotidien de la bouche prévient la récidive de nombreuses maladies microbiennes de la bouche et du pharynx.

Il est permis d'espérer que le même savonnage suivi du rinçage de la bouche et du pharynx avec une préparation antiseptique faible, préservera de la contagion dans tous les cas où cette contagion se fait soit par culture des agents pathogènes *in situ*, soit par pénétration au niveau de ces organes.

De plus, le savonnage de la bouche à la brosse est curateur des affections dentaires et péri-dentaires.

Enfin les irrigations antiseptiques si favorables au cours des affections du pharynx, sont rendues plus efficaces par les *irrigations savonneuses*, ou préalables ou associées.

Le nettoyage mécanique produit par le savon permet, en isolant les microbes pathogènes des mucosités, croûtes, fausses membranes enveloppantes, de réduire au minimum le taux des antiseptiques employés.

A défaut d'antiseptiques, elles peuvent être employées seules et procurent un soulagement immédiat.

Chez les enfants, quand il s'agit d'affections bénignes, elles pourront vraisemblablement être préférées aux irrigations antiseptiques parce que, l'eau de savon ne pouvant être toxique, on n'aura pas en effet à se préoccuper de la pénétration dans les voies aériennes ou de la déglutition d'une partie du liquide employé, et aussi parce que le résultat d'une irrigation savonneuse paraît, *de visu*, supérieur à ce que donne tout autre liquide.

Employé selon les circonstances (état du malade, état de la région) le savonnage à la brosse ou l'irrigation savonneuse soulagent les malades atteints d'états infectieux quelconques.

L'eau de savon préparée avec de l'eau de puits, de l'eau de source, une eau calcaire quelconque est toujours mauvaise.

Elle caille (selon l'expression commune), dépose du carbonate de chaux de tous les côtés, bouche les canules, salit les vases et nettoie très mal la bouche, comme d'ailleurs elle nettoie mal les mains et le linge.

Si donc, on n'a pas à sa disposition de l'eau de pluie filtrée et récemment bouillie, il faudra avoir soin de débarrasser l'eau des éléments calcaires avant de s'en servir.

Malheureusement cela ne peut se faire d'une façon extemporanée, et le seul procédé connu exige plusieurs heures. C'est le procédé classique aussi bien à la cuisine (cuisson des haricots) que dans l'industrie (préservation des chaudières) de la précipitation de la chaux par l'addition du carbonate de soude. Il se forme, il est vrai, un peu de sulfate de soude, mais si ce sel a des inconvénients ailleurs, il n'en a pas dans notre cas.

La séparation du précipité peut se faire par filtrage. Elle se fait pratiquement tout aussi bien par simple décantation.

Au bout de quelques heures la précipitation est complète, et la décantation facile donne une eau qui sera propre à dissoudre le savon.

Le savonnage se pratique de la façon suivante :

La brosse à dents humide est passée sur un savon quelconque qui sert à la toilette et de là, portée sur les dents sans qu'il y ait d'eau dans

la bouche. La salive suffit à l'émulsion et la mousse abondante remplit la bouche dès les premiers mouvements imprimés à la brosse, qui est d'ailleurs maniée comme pour l'usage quotidien.

Il faut, au moins les premières fois, être à jeun quand on se savonne la bouche. Sans quoi l'effet nauséeux va jusqu'au vomissement, soit dès le début, soit quand la brosse frôle la face interne des dernières molaires supérieures, et touche ainsi le voile du palais.

Il faut la bouche pleine de mousse gratter le dos de la langue avec les dents supérieures pour peu que l'état saburral soit prononcé.

Il faut passer la brosse sur la face interne des joues, après avoir parcouru autant que possible toutes les parties accessibles des dents et des gencives.

Quand les gencives sont très sensibles, il faut avoir soin, avant de se servir de la brosse, d'en laisser tremper les crins pendant quelques minutes dans l'eau chaude.

Pathogénie de la fièvre typhoïde.

Notre éminent confrère et membre du Conseil de Direction, le Dr *Gibert*, du Havre, a fait à l'Académie de Médecine une communication sur sa manière de comprendre la pathogénie de la fièvre typhoïde, qui a légèrement bouleversé les théories de ses collègues.

Voici comment il s'est exprimé :

« J'ai noté que le choléra et la fièvre typhoïde se manifestent assez souvent simultanément et qu'ils évoluent parallèlement sans que les deux maladies réagissent l'une sur l'autre — le choléra ne présentant aucun symptôme typhoïde spécial, et la fièvre typhoïde aucun symptôme cholériforme. Je n'insisterai pas autrement sur cette coïncidence, mais j'en tirerai argument pour admettre la probabilité d'une origine similaire pour les deux affections.......

« Pour moi, l'eau n'est pas le seul agent de transmission de la fièvre typhoïde, et celle-ci peut fort bien être le résultat d'une infection par le sol.

« Je n'ai pas vérifié le fait absolument pour la fièvre typhoïde, mais pour le choléra, j'ai eu sous les yeux une expérience indiscutable, c'est celle de l'épidémie d'Yport.

« Le choléra se développa à Yport sans l'intermédiaire de la plus petite goutte d'eau. Il fut apporté par deux matelots venus de Cette. Leurs vêtements étaient censés avoir été désinfectés avant leur arrivée au Havre, mais en réalité ils ne l'avaient pas été. La femme d'un de ces matelots lava la culotte de son mari dans un baquet et, ensuite, versa l'eau dans la rigole qui courait le long de la maison, dans la rue. Deux ou trois jours après cette femme mourait du choléra et la maladie faisait de nombreuses victimes dans les maisons situées du côté de la rigole infectée, alors qu'aucun cas ne se montrait de l'autre côté de la rue. J'ajoute que l'eau d'alimentation ne pouvait être incriminée, par cette bonne raison qu'on n'avait pas bu d'eau du tout. On ne consomme dans ce milieu que du cidre ou de l'eau-de-vie.

« Actuellement, une petite épidémie de fièvre typhoïde sévit autour de la gare de Beuzeville. Eh bien, il n'y a pas d'eau du tout dans cette localité. C'est par la souillure du sol par des vidanges que la maladie a pris naissance.

« D'où il résulte, selon moi, la nécessité pour les municipalités d'assurer un drainage parfait de leur sous-sol, afin de le débarrasser définitivement, au fur et à mesure de leur production, des germes morbides qui peuvent s'y déposer.

« Ces améliorations, des villes étrangères les ont réalisées avec un zèle, une activité qui malheureusement ne se sont pas rencontrés chez nous. Aussi voyons-nous à Londres, à Berlin, à Bruxelles et dans bien d'autres centres populeux, la mortalité diminuer et la fièvre typhoïde tendre à disparaître, alors que chez nous il en est tout autrement.

« Le devoir de l'Académie serait de réagir

FEUILLETON

Les Congressites en Italie.

Les impressions que nos confrères ont pu éprouver, pendant leur course au clocher, de trois ou quatre semaines, dans la terre classique des excursions réservées, d'habitude, aux jeunes mariés, ou aux gens fortunés et de loisir, ont été forcément bien superficielles. Néanmoins, les six cents français qui se sont permis ce luxe d'un déplacement inaccoutumé, n'ont pas perdu leur temps ; ils ont fait le voyage d'exploration préliminaire qui leur permettra, s'ils ont encore l'occasion de se rendre en Italie, de choisir judicieusement un parcours restreint et de faire ainsi un voyage fructueux. Qu'ils se bornent à Gênes, Rome, Naples, Florence ou Venise, ils savent maintenant qu'une seule de ces villes permet un long séjour.

L'Italie, depuis son unification, n'est plus reconnaissable. Elle a fait tant de progrès, en tous genres, que ses gouvernants, malgré les griefs qu'ils allèguent contre nous, Français, ont bien grand tort d'oublier la part que nous avons prise à la constitution de leur unité. Cette méconnaissance leur sera funeste et c'est depuis qu'ils ont conçu ce sentiment, que leur développement a subi un temps d'arrêt qui cessera le jour, peu éloigné, où ils constateront l'impossibilité, pour eux, de lier avec l'Allemagne les relations intimes, naturelles, de race, qu'ils avaient avec nous. Quant aux relations commerciales, malgré les années de dissentiment, déjà écoulées, elles persistent, sans être remplacées par celles que leurs alliés leur ont promises. On est tombé de sept à huit cent millions d'échanges, à trois cents, et néanmoins, si, à Turin, on regarde à l'étalage d'un libraire, on n'y trouve que des livres français. De même à Gênes, moins à Rome et à Naples.

Quant à la langue, comment les Italiens en viendront-ils à apprendre l'allemand et à oublier le français ? On leur enseigne notre langue dans les écoles ; on ne leur demande l'allemand que dans les lycées, parce qu'on ne peut changer les inclinations naturelles, parce que nos mœurs, nos goûts, notre humeur, sont plus accessibles que ceux de leurs alliés de circonstance.

Jusqu'à l'époque de l'alliance allemande, l'Italie a marché. Elle a eu une période de renais-

contre un pareil état de choses. Sans doute, elle a une commission des épidémies qui récompense de temps à autre un travail intéressant sur les épidémies, et je ne saurais trouver cela mauvais, mais est-ce suffisant pour remédier à l'insuffisance de l'hygiène publique en France ? C'est auprès des pouvoirs publics que l'Académie devrait agir pour obtenir de sérieuses réformes d'hygiène. Parmi ces réformes, une des premières qui s'impose est celle de la création de véritables médecins d'épidémies, ne s'occupant que des questions d'épidémies et d'hygiène générale et ayant renoncé à la clientèle. Croyez-en mon expérience, vous n'obtiendrez jamais tout ce que vous pouvez attendre d'un médecin d'épidémies, lorsque celui-ci conserve les charges d'une clientèle. »

On doit d'autant plus tenir compte des opinions de notre éminent confrère qu'il s'est montré en mainte circonstance beaucoup plus praticien que théoricien. Il n'en est peut-être pas ainsi de tous nos hygiénistes officiels.

LE CONGRÈS DE ROME

XI[e] Congrès international

Le jeudi 29 mars s'est ouvert le XI[e] Congrès international des sciences médicales sous la présidence du ministre de l'Instruction publique d'Italie, le professeur *Baccelli*, dont personne n'ignore les travaux de pathologie cardiaque. Le roi et la reine assistaient à la séance d'inauguration. Les travaux ont duré 8 jours et la clôture a été prononcée le 5 avril. Le nombre des adhérents était de 7600.

Les communications étaient si nombreuses que beaucoup n'ont pu être faites et la plupart n'ont pu être approfondies, ni discutées, d'où il est résulté qu'au point de vue du progrès des sciences médicales, ces solennelles assises de la médecine universelle n'ont pas apporté de profondes modifications dans l'ensemble de nos connaissances.

Nous essaierons toutefois de donner pour chaque section du Congrès un succinct résumé des questions traitées, qui en sera comme la quintessence. Afin d'éclaircir un peu notre analyse, nous ne suivrons pas l'ordre chronologique des communications ; nous en passerons une rapide revue par section.

Section de Médecine

Nous commencerons naturellement par les communications des Français. *M. Bouchard*, de Paris, a exposé ses théories sur l'influence du système nerveux dans la thermogenèse, c'est-à-dire dans la fièvre.

« Un fait qui a sans doute été très fréquemment observé, mais dont on fait peu mention et sur lequel on s'explique peu, c'est que les malades fébricitants qu'on amène à l'hôpital ont, quatre fois sur cinq au moins, une température supérieure d'un degré et plus, à la température qu'ils présenteront le lendemain et les jours suivants.

« Un fait bien connu, c'est que les visites reçues par les malades fébricitants amènent une élévation immédiate de leur température et que, dans la convalescence, quand la fièvre est tombée, ces visites la font très souvent reparaître sous forme d'un accès court mais parfois violent.

« Ce qu'on sait bien, c'est qu'un aliment pris intempestivement au cours d'une fièvre continue augmente cette fièvre et qu'au décours des maladies fébriles le premier aliment est très souvent l'occasion d'un relèvement de la température. On sait également que la fatigue musculaire exagère ou ramène la fièvre, que se lever pour la première fois est souvent pour un typhique guéri, l'occasion d'une élévation thermique et qu'au retour d'une promenade même très modérée, les phtisiques ont souvent deux degrés de plus qu'au départ.

---

sance commerciale et industrielle, facilitée par les capitaux que la France lui prodiguait sans compter.

Une impression qu'on éprouve dans presque toutes les grandes villes, à l'exception de Gênes, c'est qu'elles ne sont peuplées que de gens qui consomment et ne produisent guère. En une journée, à Turin par exemple, on ne rencontre pas une voiture chargée, un camion ; ce ne sont que voitures de voyageurs, ou omnibus et tramways. Beaucoup de monde dans les rues ; une belle population, bien vêtue, nullement agressive, obligeante. Il faut aller à Naples, pour trouver, dans quelques quartiers, un souvenir lointain des mœurs des fameux Lazzaroni ! Ce n'est pas à dire que les gens aient l'air affairé ; au contraire, tous paraissent se promener ; tous probablement ont, en poche, la quantité de papier monnaie suffisante pour boire, manger et dormir sans préoccupation du lendemain.

Quant à la disparition de l'argent, elle est absolue et bien des congressistes sont revenus en France, sans avoir vu la couleur d'une pièce d'argent. L'or est un mythe. On reçoit en monnaie l'appoint d'une lyre. A Turin, les coupures de cinquante centimes font leur apparition ; il est vrai que Turin a souffert, plus que toute autre ville, du transport du gouvernement à Rome et que les étrangers ne font qu'y passer.

Mais quel beau pays ! De Monaco à Gênes, ce ne sont que stations hivernales, villas, maisons de campagne, moins luxueuses que celles de la merveilleuse route qui va de Marseille à Vintimille, suite ininterrompue de sites exquis et de demeures somptueuses.

A Gênes, longtemps la rivale heureuse de Marseille, la stagnation commerciale se fait vivement sentir ; mais quelle belle ville, quel cachet original, que de richesses accumulées, de trésors de tout genre ; on ne peut faire un pas, dans quelque sens que ce soit, sans se récrier, sans admirer. Dans les plus étroites rues, les antiques demeures ont une tournure artistique.

La ville est scrupuleusement propre, la foule nombreuse ; les agents de police d'une urbanité qui n'a d'égale que le luxe du costume. Cette impression, au sujet de la police, absolument municipale, on la conserve par toute l'Italie. Les officiers italiens sont des gens très bien mis ! on ne voit pas comment ils feront une rude campagne, avec leurs pantalons collants ! En revanche, ces Messieurs n'ont nullement l'air brava-

« Il est enfin un fait sur lequel j'appelle l'attention, c'est que chez les débiles, les malades, les convalescents, un trouble intellectuel ou émotif suffit pour ramener ou pour provoquer la fièvre.

« Ces causes ne produisent pas la fièvre chez l'homme sain ; aussi ne leur attribue-t-on pas généralement la fièvre qu'on les voit provoquer chez les malades.

« Tout ce que nous savons des conditions de la régulation automatique de la température nous apprend que l'homme est beaucoup mieux armé pour empêcher sa température de cesser d'être normale que pour la ramener à l'état normal. Il en résulte qu'il résiste longtemps aux causes perturbatrices constantes, sans que la vigilance et l'énergie de son système nerveux se trouvent en défaut, jusqu'au moment où il est épuisé par la lutte ; alors c'est la déroute. Chossat ne nous a-t-il pas montré que, dans l'inanition, la température se maintient à peu près normale jusqu'au jour de la mort ? Ce jour-là, elle s'abaisse rapidement de 2°5, et au moment de la mort elle tombe brusquement de 13° à 14°. Inversement, Bernard ne nous a-t-il pas appris que chez les animaux placés dans un milieu surchauffé, la température arrivée à 40°-41° se maintient longtemps à ce niveau sans le dépasser ; puis, tout d'un coup, la résistance étant vaincue, elle monte à 45° et l'animal meurt.

« Cette période, pendant laquelle le système nerveux lutte avec efficacité contre les causes d'hyperthermie, est plus ou moins longue suivant que son énergie est plus ou moins considérable. Il en résulte que chez les individus faibles ou affaiblis, chez ceux qui sont radicalement débiles, chez les épuisés, chez ceux qui souffrent de maladies chroniques ou de maladies aiguës de longue durée, chez les convalescents, on voit survenir des accès de fièvre ou des recrudescences de fièvre pour des causes qui, chez l'homme sain, peuvent bien accroître la calorification, mais ne réussissent pas à élever la température.

« Ainsi s'explique encore ce fait singulier que, au décours de la fièvre typhoïde, la même cause peut produire indifféremment la syncope ou l'accès fébrile. C'est pour cette raison encore que, chez les convalescents, l'élévation thermique qui suit chaque lever diminue graduellement à mesure que l'alimentation croissante leur rend des forces. De même, pour ceux qui commencent à s'exercer aux différents genres de sport, la fièvre de l'exercice musculaire diminue à mesure qu'ils acquièrent des forces et devient nulle, quand ils sont entraînés. C'est également de cette façon que j'explique pourquoi l'homme fort ne présente que de faibles oscillations de la température ; l'abaissement nocturne est faible chez lui, l'élévation diurne est peu marquée; sa ligne thermique est tendue, comme on dit : elle se rapproche de la ligne droite, tandis que la courbe de l'homme faible est marquée par de grandes oscillations. Or, chez cet homme faible, on rend la ligne thermique tendue quand on rend provisoirement à son système nerveux quelqu' énergie.

Si un système nerveux robuste sait garantir l'économie contre les variations thermiques, la faiblesse nerveuse rend sa protection moins vigilante ou moins efficace. On peut alors voir comme avec un verre grossissant des effets peu apparents à l'état normal. Les causes dont on conteste la réalité produisent alors des actions évidentes. Le système nerveux débilité est un réactif particulièrement sensible pour les agents provocateurs de fièvre. »

M. *Lépine*, de Lyon, dit que l'anasarque peut être produite par la rétention d'urine en dehors de l'albuminurie, car la distension de la vessie s'accompagne d'une énorme augmentation de pression dans les uretères.

M. *Hanot*, de Paris, admet la production de la cirrhose du foie, en dehors de l'alcoolisme, par les substances toxiques résultant de fermentations gastro-intestinales et apportées directement au foie par la veine porte. C'est la dyspep-

---

che : ils sont obligeants, à Gênes, comme à Florence, Rome et Naples.

Nous n'avons rencontré aucun Congressiste, qui ait été molesté par la population. On réserve, certes, meilleur accueil aux Allemands et les invitations officielles leur ont été prodiguées ; mais la sécurité est complète et on n'a à se mettre en garde, contre les voleurs, qu'à Naples, où les guides ont raison de ne pas épargner les recommandations. Un agrégé de la Faculté, M. G. en a été pour ses cinq cents francs et un de nos compagnons, en voiture découverte, a vu disparaître, par une large fente, pratiquée, en plein jour à la capote, partie de ses bagages.

D'un autre côté, l'Italie, la terre classique des mendiants et des pourboires, est transformée. On en rencontre fort peu. Jusqu'aux cochers, le croirait-on, qui ne réclament aucun pourboire et qui par dessus le marché n'injurient pas le client ! Très peu de costumes ecclésiastiques même à Rome, où ils abondaient. On ne sait ce qu'ils sont devenus ! Les tramways, les omnibus, très fréquentés, sont à très bon marché ; les cafés sont rares ; on boit dans les confiseries et pâtisseries ; on ne voit pas d'ivrognes dans les rues ; par contre, bureaux de sel et tabac, perruquiers foisonnent.

A Gênes, Rome, Naples, comme tous les commerces sont établis dans de vieilles maisons, il n'y a d'étalages que dans les rues neuves ; il faut aussi se garder des mouches et l'obscurité seule peut en atténuer le fléau. Plus on est riche, plus on monte d'étages et dans les palais, c'est au cinquième que les propriétaires habitent. Ils ont, outre leurs jardins, libéralement ouverts au public et peuplés de statues, leurs jardins aériens, sur les terrasses.

Quant aux églises, leur richesse décorative et artistique est fabuleuse. Si on pouvait monnayer ce qu'elles contiennent, l'Italie achèterait aisément plusieurs royaumes. Nombre d'entre elles appartiennent aux vieilles familles, qui les entretiennent avec des revenus spéciaux, détachés de leur antique fortune. Rome en renferme cinq cents et de temps en temps les Papes éprouvent le besoin d'en construire de nouvelles. La ville n'en pouvant plus contenir, c'est au dehors, à quelques kilomètres, dans une campagne aride, qu'ils les édifient. La plus récente rivalise par le luxe de ses marbres, de ses dorures, de ses statues, avec l'œuvre de Michel-Ange, Saint-

sie qui est la cause primordiale de cette cirrhose.

M. *Carrieu*, de Montpellier, préconise les injections de lymphe pure de chien aux animaux tuberculeux pour réaliser par la phagocytose énorme que produit cette injection, l'absorption rapide des microbes de la tuberculose ; il a eu d'excellents résultats et jamais d'accidents. Reste à tenter l'expérience chez l'homme.

M. *Tison*, de Paris, vante le lysol, administré à l'intérieur à la dose de huit gouttes dans une potion à la menthe de 120 grammes, contre la diarrhée de la fièvre typhoïde.

M. *Boinet*, de Marseille, a observé dans l'impaludisme, des paralysies fugaces, soit corticales (aphasie), soit cubitales, soit périphériques accompagnées d'anesthésies et d'atrophies, et d'autre part des troubles d'ordre convulsif: tremblements, athétose, tétanie, contractures.

M. *Frémont*, de Vichy, recommande de respecter surtout les fonctions digestives chez les diabétiques, de prescrire le régime carné, et de subordonner la médication à l'état des oxydations.

M. *Heryng*, de Varsovie, a fait des essais d'injections trachéales dans les poumons tuberculeux avec des solutions antiseptiques de pyoctanine et de solvéol et a constaté que les injections de pyoctanine faites goutte par goutte dans la trachée des animaux placés dans le décubitus dorsal pénètrent également dans les deux poumons et aussi bien dans les lobes supérieurs que dans les lobes inférieurs ; les injections de solutions faibles de pyoctanine (à 1/500e) à la dose de 5 à 10 c. c. peuvent être faites par la trachée dans les poumons des phtisiques sans déterminer de symptômes d'inflammation.

Chez un tuberculeux, on a pu injecter par la trachée 50 c. c. d'une solution de solvéol à 0.25 %, stérilisée et chauffée à 38°C. Ces injections, faites à la dose de 10 c.c., étaient pratiquées à des intervalles de dix minutes. Durant tout ce temps, on n'a pu constater ni accès de toux, ni symptômes de dyspnée, ni aucune trace d'irritation pulmonaire.

M. *de Dominicis*, de Naples, conclut de ses expériences que la suppression du pancréas produit d'une part, des altérations de la nutrition générale et d'autre part, des matières toxiques, qui provoquent un processus de désassimilation et souvent la glycosurie.

M. *Souza Martins*, de Lisbonne, croit qu'il n'y a pas lieu d'admettre une espèce nosologique dite syringomyélie, et que l'affection syringomyélique peut relever de différentes maladies, parmi lesquelles il faut compter la lèpre.

M. *Lewaschew*, de Kazan, guérit le typhus exanthématique par l'administration de la *fuchsine* à la dose de 1 gramme, donnée en 6 à 12 fractions, en 24 heures.

M. *Petresco*, de Bucarest, préfère l'enveloppement dans les draps mouillés froids contre le typhus. Dans la fièvre typhoïde, M. Petresco vante le naphtol à la dose de 3 à 4 grammes en 12 fractions, par 24 heures, mais à condition de ne donner ni alcool, ni boisson alcoolique. Enfin, M. Petresco insiste sur l'utilité des doses élevées de digitale comme traitement abortif de la pneumonie aiguë.

Depuis 1880, il fait prendre à tous les pneumoniques :

Infusion de feuille de digitale à 4 gr., 5 gr., 6 gr..	200 gr.
Sirop simple..................	40 gr.

par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

Cette quantité est renouvelée, s'il le faut, matin et soir et continuée pendant deux ou trois jours, suivant les modifications du pouls et de la température. Beaucoup de ses malades ont pris en vingt-quatre heures de 8 à 10 et même 12 grammes de feuilles de digitale. On peut ainsi couper la pneumonie fibrineuse ; d'une façon générale, il est merveilleux de voir en trois jours disparaître la fièvre et tous les symptômes généraux et locaux.

Pierre de Rome. D'où sont venus tous les millions qu'elle a déjà coûtés !

Saint-Pierre est la merveille des merveilles. Il ne se rencontre pas un voyageur qui, à son aspect, ne soit frappé d'étonnement, de stupeur admirative. Quel peuple que celui qui, aux gigantesques ruines de son antique civilisation, a pu opposer un pareil monument. Tout y est réuni : grandioses proportions, chefs-d'œuvre de la peinture, de la sculpture, de l'architecture. A ceux qui admirent les ruines et qui peuvent les restituer par l'imagination, le *Colysée*, les *Thermes de Caracalla*, le *Capitole*, le *Forum* et ses temples, le *Panthéon*, le *Palais des Césars*... à ceux qui, aux vieux restes, préfèrent le présent, Saint-Pierre, le Vatican et ses chefs-d'œuvre, le musée des antiques, les galeries privées.

Aussi, ce ne sont pas des semaines, mais des mois qu'il faudrait consacrer à cette visite, et ce n'est pas l'affaire des médecins. Les Congressistes, auxquels les Papes ont préparé ce musée unique, sans pareil, de la vieille Rome, l'ont trouvé bien au-dessus de leurs forces. Leurs courses fantastiques devaient amuser les amateurs, retenus des années dans la ville éternelle, par un amour insatiable de toutes les beautés qu'elle renferme.

Le nouveau gouvernement s'est, lui aussi, payé des monuments : pour ne citer que son *Ministère des Finances et sa Banque*, qui contiennent sa fortune de papier, il les a faits grandioses ; notre pays, sous ce rapport, ne peut rivaliser avec les Italiens ! Ils y auront de bien vastes caisses à remplir. On a éprouvé, dans le nouveau quartier, entre le Corso et la gare, la furia de la bâtisse. Que de maisons avec l'écriteau : à louer, à chaque étage. Le Policlinico du Congrès est, lui aussi, conçu sur un plan prodigieux. Le finira-t-on jamais !

Naples aussi, a bâti, mais dans de moindres proportions. Elle a conservé quelques quartiers pittoresques, où l'on vit en plein air ; on y mange, on y boit, on y fait sa cuisine et même sa toilette intime. Mais il faut se hâter ; bientôt tout cela va disparaître. C'est à Naples, comme partout d'ailleurs, qu'on peut aussi se payer une orgie de chefs-d'œuvre ; son musée est incomparable ; qu'on se contente de contempler le merveilleux paysage de la ville ; qu'on fasse l'excursion de *Sorrente*, de *Capri*, de *Pompei*, du Vésuve ; quand on a pour cela, deux ou trois

M. *Borgherini*, de Padoue, a remarqué que dans la pleurésie avec épanchement, l'augmentation du périmètre thoracique existe non seulement du côté malade, mais aussi du côté sain. Les mouvements thoraciques restent non seulement très actifs des deux côtés, mais même, dans certains cas, ils lui ont paru supérieurs du côté malade.

Les mouvements respiratoires présentent une dissociation manifeste : l'inspiration commenee plus tôt au niveau de l'hémithorax malade.

Il existe entre la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration une véritable pause respiratoire.

Pour M. *Murri*, de Bologne, la chlorose est sous la dépendance des vaso-moteurs qui sont soumis à des excitations centripètes principalement causées par le développement des organes génitaux.

Le fer, l'arsenic, le repos moral, sont donc insuffisants, et il croit qu'il faut, pour agir avec efficacité sur le système vasomoteur, appliquer l'hydrothérapie froide.

M. *Von Ziemssen*, de Munieh, croit que la meilleure transfusion dans le cas d'anémie grave, est celle de sang non défibriné, par la voie veineuse ou en injections sous-eutanées suivies de massages, sous le chloroforme.

MM. *Pieolini et Conti* (de Crémone) ont constaté que le sérum sanguin et l'urine des pneumoniques ont une toxicité variable suivant les périodes de la maladie, mais non suivant la gravité des symptômes.

M. *Bozzolo*, de Turin, distingue dans la méningite à pneumocoques 6 formes types :

1° la forme subite ; 2° la forme délirante ; 3° la forme paralytique, comprenant comme seconde variété la forme avee ietus apoplectique ; 4° la forme tétanique ; 5° la forme convulsive ; 6° la forme subdélirante et silencieuse.

Parmi les différents éléments du diagnostic, deux, à son avis, ont une grande valeur : d'une part l'examen bactériologique du sang, d'autre part la ponction du sac arachnoïde par la méthode de Quineke. Celle-ci a une valeur absolue, en ce qu'elle permet de faire l'examen bactériologique de l'exsudat et d'y trouver le pneumocoque, que l'on peut ensuite obtenir en cultures.

Il faut remarquer que lorsque l'infection reste localisée, la quantité de poison sécrétée est tellement minime qu'elle s'élimine au fur et à mesure ; alors les symptômes cérébraux restent peu prononcés.

C'est ainsi que la méningite à pneumocoques se présentera avee des symptômes très graves ou au contraire très modérés.

D'après MM. *Aporti* et *Radaelli*, la leucocytose augmente dans la convalescence de la fièvre typhoïde, principalement, s'il survient une complication.

M. *Gilbert*, de Genève, confirme la théorie de M. *Debove*, de Paris, au sujet du traitement de la pleurésie tuberculeuse par l'injection sous-cutanée de 1 c.c. de l'exsudat pleurétique lui-même, car cet exsudat est une sorte de tuberculine atténuée.

M. *de Baeker*, de Paris, prétend guérir les tuberculeux en leur injectant des ferments figurés vivants (levure de bière) ; il nomme la substance qu'il injeete, la *bactérine*.

M. *Rummo*, de Naples, apporte de nouveaux faits coneernant la plessimétrie cardiaque. D'après lui, le périmètre cardiaque est délimité de la façon suivante :

Le contour gauche (ventricule gauche) s'éloigne successivement, par rapport aux troisième, quatrième et cinquième côtes, de 5 cent. 1/2, 7 cent. 1/2, 8 cent. 1/2 de la ligne médio-sternale. Le contour droit (oreillette droite) s'éloigne de la même ligne et successivement, par rapport aux troisième, quatrième et cinquième côtes droites, de 3 cent. 1/2, 4 cent. 1/2 et 3 centimètres.

Chez l'homme adulte, l'oreillette droite va du bord supérieur de la troisième côte droite à l'insertion du cinquième cartilage costal avec le sternum. Le ventricule droit va de ce dernier

---

jours, le surmenage est complet. On demande grâee et on part pour Florence, à contre-cœur.

Les chemins de fer, assez bien établis, pèchent par l'entretien ; on commence à sentir la gêne amenée par la crise économique.

Florenee. — Mais quel dédommagement à toutes ses fatigues, lorsque du haut des collines qui entourent la *ville des fleurs*, on contemple l'immense amphithéâtre au fond duquel elle est bâtie et qu'on assiste au défilé des équipages de la Société Florentine ! C'est aussi beau que Naples, sauf la mer. Mais ici, la vie artistique est à son comble et on oublie Gênes, Naples, Pise, Rome elle-même, tant sont nombreux partout les monuments, les œuvres d'art, tableaux, statues, tapisseries, vitraux, ete., etc., qui font de Florenee, la reine de l'Italie.

Quant un pays a encore à présenter aux étrangers, Milan, Venise, Palerme, Syracuse ; quand personne ne le menace, comment comprendre qu'au lieu de eonsacrer ses forces vives à la mise en valeur de toutes ses richesses, il ambitionne le rôle ingrat de grande puissance ; qu'il veuille, lui aussi, l'emporter sur les autres, par ses armées et par ses flottes. Il est peut-être temps encore, pour l'Italie, d'enrayer et de se contenter des efforts défensifs qu'elle pourrait faire à peu de frais, si elle renonçait à menacer la sécurité de ses voisins les plus proches, en vue de projets ambitieux qu'elle ne saurait formuler ouvertement.

Ceux de nos eonfrères qui voudront voir l'*Italie* devront y faire des voyages successifs. Chacune des grandes villes suffit au touriste qui n'a que deux ou trois semaines à consacrer à un déplacement. Alors il aura satisfaction complète, sans grandes fatigues et sans dépenses excessives. Un billet eirculaire restreint, un logement en ville, avec nourriture prise dans les restaurants ; de bonnes lectures préparatoires ; telles sont les conditions d'un voyage qui laissera dans l'esprit les souvenirs les plus profonds. En Italie, on peut joindre les jouissances du paysage, à la contemplation des œuvres du génie et dans ce merveilleux pays, elles sont innombrables.

En ce qui coneerne notre profession, ce n'est pas en Italie qu'il faut aller rechercher des éléments d'instruction. Les organisations médicales sont en préparation ; mais leur développement, un instant accentué, est arrêté. On ne peut à la fois entretenir convenablement le mobilier ancien et en créer un nouveau, si d'au-

point à la pointe du cœur. Le ventricule gauche va de la troisième côte gauche à la pointe du cœur. L'oreillette gauche ne fait pas partie de la surface antérieure du cœur ; elle ne peut donc pas être évaluée à l'aide de la percussion.

Le procédé de Baccelli permet de délimiter les bords qui séparent le cœur droit du cœur gauche et les oreillettes des ventricules. Pour ce faire, l'on tire deux diagonales allant, la première de la deuxième côte droite, à 2 centimètres du bord droit du sternum, à la pointe du cœur, et la deuxième de la deuxième côte gauche, à 2 centimètres du bord gauche du sternum, à l'extrémité sternale du cinquième cartilage costal droit. Il en résulte ainsi quatre triangles, dont le gauche délimite le ventricule gauche, le droit l'oreillette droite, l'inférieur le ventricule droit. Le triangle supérieur représente le faisceau cardio-vasculaire. Si l'on tire les cordes du triangle inférieur et du triangle gauche, on détermine la longueur du ventricule droit et du ventricule gauche. Si l'on abaisse une perpendiculaire du sommet du triangle droit, on a la longueur de l'oreillette droite. La corde qui représente la longueur du ventricule gauche égale 9 cent. 1/2 à 10 centimètres. La corde qui répond à la longueur du ventricule droit mesure 11 à 11 cent. 1/2, et la longueur de l'oreillette droite est de 4 cent 1/2.

M. *Espina y Capo*, de Madrid, base ses tracés du périmètre cardiaque sur la connaissance des lignes de Traube et de Friedreich.

La première opération consiste à tracer la ligne moyenne ou sternale, puis les lignes mamillaires verticales de Traube, ainsi que les lignes parasternales. Il faut ensuite noter le point d'intersection de la seconde côte gauche avec la ligne mamillaire, et chercher le bord inférieur de la première articulation chondrocostale droite, que l'on réunit au point précédent : on trace ainsi le côté supérieur d'un parallélogramme. En troisième lieu, on réunit le point d'intersection de la sixième côte gauche avec la ligne mamillaire au point d'intersection de la deuxième côte du même côté avec cette ligne : on a ainsi la longueur du parallélogramme. Enfin, pour obtenir le côté inférieur, il suffit de tracer à partir du point de rencontre de la sixième côte gauche avec la ligne mamillaire une ligne parallèle à celle que forme à la région supérieure la réunion de la première articulation chondrocostale droite à la deuxième côte gauche. Le parallélogramme est ainsi constitué, et dans ce parallélogramme, l'angle inférieur gauche représente 48 fois sur 100 la pointe du cœur, le bord extérieur la ligne intermédiaire de la matité cardio-hépatique.

Dans ce parallélogramme se trouve inscrit le faisceau cardiovasculaire, dont on obtient aussi la zone de matité relative. Quant à la zone de matité absolue, elle sera facilement obtenue en marquant le niveau de la quatrième articulation chondrosternale et en réunissant ce point au point d'intersection de la ligne mamillaire gauche à la ligne inférieure.

M. *Jaenicke*, de Breslau, attribue une notable proportion des douleurs abdominales des femmes à l'existence de brides, d'adhérences intestinales anciennes, reliquats de péritonites chroniques localisées.

M. *Queirolo*, de Pise, affirme d'après ses expériences que le foie n'exerce pas de fonction dépurative sur le sang provenant des intestins ; les substances toxiques ne pénètrent pas, à l'état normal, de l'intestin dans le sang, la paroi intestinale constituant une barrière protectrice puissante.

L'indication dans les intoxications aiguës d'origine intestinale sera donc de rechercher toujours les altérations de l'épithélium intestinal.

M. *Perronali*, de Gênes, attribue de nombreux cas d'érythromélalgie à la syphilis.

M. *Warfvinge*, de Stockholm, vante la liqueur de Fowler contre l'anémie grave, (XII gouttes par jour).

---

tre part on consacre ses ressources aux moyens d'une guerre contre des alliés naturels, qui sauront se défendre.

En 1896, les congressistes Français iront en Russie, à Moscou, dans un pays ami où ils seront reçus à cœur ouvert ; l'Italie les a reçus avec convenance ; elle a voulu leur donner des fêtes ; elle n'y a guère réussi ; elle s'est trouvée en présence d'une difficulté, le nombre, inattendu, de ses hôtes, venus pour le Congrès et venus, aussi, pour visiter ses merveilles. On lui a prodigué des éloges excessifs ; on lui a fait tous les compliments du monde ; on lui a même fait trop d'avances ; c'est de la courtoisie. Espérons que compliments et éloges serviront à atténuer, dans la classe bourgeoise, la classe des médecins, les malentendus qui nous séparent.

En Italie, comme en France, nos confrères peuvent beaucoup. Les médecins Italiens sont très nombreux, trop nombreux. Nous qui sommes 12 à 15 mille, nous nous plaignons de l'encombrement ; les médecins Italiens, pour une population bien moindre que la nôtre, sont vingt-deux mille. Ils doivent se contenter de peu et voir leurs souffrances aggravées par la pénurie accidentelle dans laquelle les entraîne la tournure imprimée à leur politique. Qu'ils se fassent, comme nous, les apôtres de l'accord à rétablir entre deux peuples faits pour vivre en bonne harmonie ; qu'ils se rappellent l'époque de notre confraternité sur les champs de bataille, qui ont consacré leur unité.

Les médecins Italiens, les patriotes, qui revendiquaient il y a plus de trente ans, la Venise Italienne et qui l'ont reprise, grâce à nous, devraient comprendre que nous avons, nous aussi, une revendication éternelle dans le cœur et que ce n'est pas à eux qu'il appartient d'y faire obstacle.

Nous souhaitons que le futur triomphe de la justice soit hâté par les rapports étroits que les congressistes Français ont eus avec leurs confrères d'Italie.

Lorsqu'en 1900, les médecins Italiens reviendront, dans notre cher pays, qu'on aime et qu'on admire d'autant plus qu'on en est un moment éloigné, et qui ne perd à aucune comparaison, bien loin de là ! nous les recevrons de notre mieux et s'ils ont répondu à nos désirs nous serons les premiers à nous en réjouir. Nous n'avons rien à envier à personne. A. C.

M. *Borgherini*, de Padoue, signale un bruit de souffle cardiaque systolique dans les affections de l'estomac.

D'après M. *Mejia*, de Mexico, la tuberculose évolue beaucoup plus lentement et sans complications dans les régions à forte altitude que dans les régions basses.

Pour M. *Rivalta*, de Rome, l'œdème aigu de la pneumonie n'est pas dû, comme on l'a dit, à la fluxion collatérale ou à la stase d'origine cardiaque, mais bien à des conditions hydrémiques créées par le diplocoque. Cet œdème aigu, susceptible d'entraîner une diminution rapide de la surface respiratoire, provoque parfois aussi la mort.

M. *Robert*, de Barcelone, croit que dans la pneumonie, en dehors des complications méningées, il y a lieu d'admettre un délire par hyperémie active cérébrale, un délire par hyperémie passive, un délire par anémie cérébrale.

La première forme est surtout caractérisée par une agitation notable et une insomnie complète. La face est rouge, les sclérotiques injectées, il existe du myosis, le pouls est en général fréquent et très fort.

Dans la deuxième forme, on observe surtout un délire tranquille incohérent, alternant avec des périodes de somnolence ; l'état général du malade est absolument celui d'un typhique.

La troisième forme s'affirme par un délire raisonnant, loquace, alternant parfois avec des hallucinations gaies ou terrifiantes.

Dans le premier cas, l'usage des antipyrétiques, les anémiants de l'encéphale, la saignée sont indiqués ; dans le second, les stimulants du cœur et de l'encéphale ; dans la troisième, l'usage de l'opium, de l'alcool et des analeptiques.

Section de pathologie générale et d'anatomie pathologique.

La question du parasitisme du cancer est à l'ordre du jour ; MM. *Pio-Foà*, de Turin, *Cornil*, *Duplay*, *Cazin*, de Paris, *Ruffer*, de Londres, se montrent partisans de la théorie du parasitisme, mais déclarent prématurées les conclusions de ceux qui considèrent la question comme résolue. Les parasites décrits jusqu'ici ne sont que des modifications nucléaires des cellules cancéreuses. MM. Duplay, Cazin, Trasbot, insistent pour déclarer que le cancer n'est pas transmissible par inoculation d'un individu malade à un individu sain ; du moins, le plus généralement. Au contraire, le cancer est inoculable sur l'individu déjà cancéreux, d'une région à une autre région. En somme, statu quo pour la question du cancer.

MM. *Bouchard et Charrin*, font remarquer que certains parasites contenus dans l'atmosphère, comme *l'oospora guignardi*, sont inoffensifs pour l'homme pour 3 raisons :

En premier lieu, les agents physiques et chimiques les atténuent plus fortement qu'ils n'affaiblissent les microbes ; ces microbes eux-mêmes nuisent à ces parasites.

En second lieu, ces parasites trouvent dans l'organisme des conditions de développement fort médiocres.

En troisième lieu, ils sécrètent très lentement les produits nocifs ; ils se multiplient également plus lentement que les bactéries ; or, les doses comme le nombre, importent en matière de virulence.

M. *Charrin* ajoute que les agents cosmiques, le froid, la chaleur, la pression, l'électricité, l'oxygène ont une influence extrêmement appréciable sur les microbes et même sur leurs toxines ; on saisit par là ce qu'il y a de vrai dans les notions qui ont trait aux intempéries, aux vents, aux courants d'air, à l'obscurité, aux variations thermiques, à l'humidité, parfois à la foudre, en un mot aux différents agents cosmiques invoqués comme causes de maladies.

M. *Bonome*, de Padoue, revient sur la grande valeur de la malléine (toxine de la morve) pour le diagnostic de la morve, chez un grand nombre d'animaux (chevaux surtout).

MM. *Cesaris Demel et Orlandi*, de Turin, considèrent le bactérium coli comme plus virulent que le bacille typhique ; ils en injectent des cultures à des animaux et le sérum de ces animaux immunisés contre le bacterium coli est injecté à des typhiques avec succès.

M. *Calmette* réclame la priorité dans la description du parasite spirillaire du typhus exanthématique.

M. *Sonsino*, de Pise, décrit les nombreux entozoaires de l'homme à Tunis, et fait remarquer l'absence de la filaire et de l'échinocoque.

Pour M. *Tripier*, de Lyon, il n'y a pas lieu de faire de l'anthracose pulmonaire une maladie spéciale, pouvant déterminer une phthisie particulière.

Dans tous les cas où il y a phthisie, c'est la tuberculose que l'on doit incriminer, même chez les mineurs.

M. *Luys*, de Paris, montre avec grande clarté les différences de structure de l'écorce cérébrale à l'état normal et dans la paralysie générale.

La névroglie se présente sous la forme de corpuscules discoïdes, insérés par leur prolongement au milieu des réseaux des cellules et des fibres blanches. Elle forme à la surface de l'écorce un stroma spongieux sous-méningé, d'épaisseur variable suivant les âges : c'est un véritable épiderme de l'écorce.

A l'état pathologique, dans la paralysie générale en particulier, tous les éléments sont successivement modifiés : c'est surtout l'élément interstitiel, le réticulum de la névroglie qui est l'agent destructif par excellence de tous les éléments nobles du cerveau.

Enfin, M. *Bizzozero*, de Turin, fait une longue communication sur l'accroissement et la régénération dans l'organisme, M. *Nothnagel*, de Vienne, sur l'adaptation de l'organisme aux altérations pathologiques, M. *Laache*, de Christiana, sur l'hypertrophie idiopathique du cœur et la dégénérescence du muscle cardiaque, en insistant sur la nécessité de l'hygiène particulière du cœur.

Section de chirurgie.

M. *Lucas-Championnière*, de Paris, relate les nombreux succès opératoires que lui a donnés la trépanation du crâne ; il n'a jamais eu de morts, ni même de suppuration. Les résultats lui paraissent excellents dans l'épilepsie et la periencéphalite.

M. *Masse*, de Bordeaux, décrit un procédé nouveau de topographie crânio-cérébrale, qui nous paraît bien compliqué.

M. *Péan*, de Paris, préconise pour pratiquer la néphrectomie, l'incision transversale partant du bord externe du muscle droit abdominal, à la hauteur de l'ombilic, et se terminant au bord externe de la masse sacro-lombaire. M. Péan ouvre le péritoine si cela est nécessaire.

M. *Poisson*, de Bordeaux, rapporte un cas de hernie de la muqueuse vésicale par l'urèthre chez une femme et l'explique par le développement exagéré d'un crypte glandulaire situé au voisinage du col de la vessie et refoulé par l'urine.

M. *Vautrin*, de Nancy, formule ainsi les indications de la cholécystotomie avec cholécystopexie.

La cholécystotomie avec cholécystopexie est indiquée dans tous les cas où la vésicule peut être facilement amenée dans la plaie, lorsque les parois du réservoir et des canaux biliaires ne sont pas trop altérées. Elle expose moins que la cholécystotomie idéale aux fistules biliaires.

M. *Desnos*, de Paris, propose la cystotomie sus-pubienne temporaire pour conjurer les accidents de rétention chez les prostatiques.

M. *Villar*, de Bordeaux, prétend que la laparotomie exploratrice favorise la disparition des ascites et la régression de certaines tumeurs malignes.

M. *Moulonguet*, d'Amiens, explique par une différence de structure intime, la différence de vulnérabilité et de possibilité d'infection du péritoine du sac herniaire et du péritoine de la cavité abdominale.

M. *Ménard*, de Berck, propose de pratiquer l'ouverture directe du foyer tuberculeux des corps vertébraux pour guérir la paraplégie avec contractures du mal de Pott dorsal.

M. *Sorel*, du Hâvre, recommande de suturer entièrement la vessie après la taille hypogastrique, l'emploi des tubes-siphons doit être exceptionnel.

M. *Loumeau*, de Bordeaux, décrit 3 types d'hypospadias : Dans le premier type, il y a persistance du *mur* balanique imperforé ; dans le deuxième type, il y a persistance de la *gouttière* balanique restée ouverte ; enfin le troisième type correspond au *canal* balanique formé, mais frappé d'anomalie. Chacun de ces types comprend à son tour un certain nombre de variétés, dont la clinique démontre l'existence et dont les données embryologiques actuelles fournissent aisément l'explication.

M. *Lapeschko*, de Kiew, répare les pertes de substance des muqueuses par des transplantations de muqueuse labiale et de muqueuse vaginale humaine.

M. *Manley*, de New-York, insiste sur la difficulté du diagnostic précis des fractures de la colonne vertébrale, dans l'impossibilité où l'on se trouve d'explorer suffisamment les régions atteintes, pour ne pas nuire au blessé.

M. *Severeanu*, de Bucarest, conseille de pratiquer le cathétérisme des artères volumineuses avec une sonde bien aseptique dans le cas d'amputations pour gangrène d'un membre.

M. *Lavista*, de Mexico, vante les heureux résultats de la trépanation large du crâne pour le traitement des tumeurs et des kystes cérébraux.

M. *Sacchi*, de Gênes, a réparé des pertes de substance très larges du crâne au moyen de transplantations de disques ostéo-cartilagineux provenant des épiphyses du fémur d'un chien.

M. *Noble Smith*, de Londres, a dû pour guérir des torticolis spasmodiques exciser le spinal, le nerf du splénius, et une portion des branches externes de la division postérieure des 2e, 3e et 4e nerfs cervicaux.

M. *Lorentz*, de Vienne, préconise l'opération suivante pour la cure de la luxation congénitale de la hanche :

On sectionne le tenseur du fascia lata par une incision longitudinale partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, et l'on ajoute à cette première incision une incision transversale au niveau du trochanter ; puis on met à nu la paroi antérieure de la capsule, qu'on ouvre au moyen d'une incision cruciale, on creuse la cavité cotyloïde et l'on reconstitue la tête fémorale, si cela est nécessaire ; il ne reste plus alors qu'à attirer celle-ci, par des tractions énergiques, jusqu'au niveau de la cavité cotyloïde, et, pour faciliter la réduction, on peut, dans certains cas, faire la ténotomie des tendons du creux poplité. Enfin, on fixe le membre dans une position de légère abduction. Après quatre semaines on commence le massage et le traitement gymnastique, qui doivent être continués pendant une année.

Les avantages de cette opération résident en ce qu'elle occasionne des lésions insignifiantes, et en ce qu'elle conserve tout l'appareil musculaire indispensable à la restitution facile de la fonction articulaire.

M. *Bruno*, de Valence, rapporte un cas d'hémianopsie homonyme localisé dans le quadrant supérieur droit de chaque champ visuel, consécutive à un abcès de l'hémisphère gauche du cervelet.

M. *Reginald Harrison*, de Londres, pense que la lithotritie par boutonnière périnéale pratiquée sur la portion membraneuse de l'urèthre est la meilleure opération pour la cure de la pierre.

M. *Poullet*, de Lyon, préconise la cure radicale des hernies à tout âge, mais il veut que l'on emploie un procédé plus sûr encore que celui qui est appliqué généralement.

« Après dissection du sac et réduction des viscères herniés, je fais la dissection et la toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal. Je mets complètement à nu la bandelette aponévrotique nacrée qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur superficiel.

« Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse que l'on sectionne à 3 ou 4 centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre d'un lambeau qu'on finit de séparer avec la rugine tranchante, en laissant à sa face profonde toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de 2 centimètres, et transversalement depuis la ligne de la symphyse pubienne jusques et y compris l'épine du pubis qui est ainsi déshabillée. On ménage avec soin la large insertion de ce lambeau au bord libre du pubis et on relève le lambeau contre l'orifice externe du canal inguinal en le faisant passer sous le cordon.

« Les bords du lambeau sont suturés aux piliers par du catgut.

« Son extrémité libre est divisée en deux ou trois chefs qu'on passe de dedans en dehors à travers le bord de l'orifice, comme on le ferait pour de petites courroies qu'on vient rabattre en avant. Quelques points de catgut fixent le tout en place, puis on fait la suture. »

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité de l'Etat, vis-à-vis de ses employés, blessés en service.

Mon cher Confrère,

Je viens solliciter votre concours pour la solution d'une question qui me semble assez embarrassante et à laquelle plusieurs de mes confrères du Syndicat de Cholet, que j'ai consultés, n'ont pu donner une solution satisfaisante. Votre vigilante activité, que vous employez à résoudre toutes les questions qui intéressent notre profession, me permet d'espérer une prompte réponse. Voici ce dont il s'agit :

« J'ai été appelé, le 20 juin 1893, par un facteur rural de Cholet, atteint de fracture de jambe compliquée de plaie, fracture qu'il venait de se faire en faisant sa tournée de service en bicyclette. Il est à noter qu'il avait une autorisation de l'administration des Postes, pour faire son service en bicyclette.

Après lui avoir donné des soins, pendant longtemps, car la plaie, qui a persisté plusieurs mois, a empêché la consolidation régulière de la fracture, tellement qu'il ne peut même encore aujourd'hui faire un service actif, j'ai adressé ma note d'honoraires, s'élevant à la somme de 150 francs, à la Direction des Postes du département de Maine-et-Loire, l'assimilant dans la circonstance à un patron responsable de l'accident d'un de ses ouvriers au cours de son travail. La chose me semblait d'autant plus plausible que l'accident, je le répète, était arrivé en cours de service. Mais c'est précisément là qu'est la difficulté. Une administration, et dans l'espèce ici c'est l'État, est-elle responsable des accidents de ses employés au même titre qu'un chef d'industrie ?

La direction des Postes de Maine-et-Loire, m'a répondu, en date du 5 avril dernier, qu'elle n'avait pas à intervenir dans le règlement des honoraires qui me sont dus, dit-elle, par le facteur.

Je viens donc vous demander, mon cher confrère, s'il existe des précédents à ce sujet et de quelle manière la question a été tranchée, ou dans le cas contraire votre avis sur cette question.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, etc.

Dr Coulbault.

Cholet, 10 avril 1894.

Assurément, c'est le facteur qui est le débiteur réel ; mais, dans l'espèce, nous estimons que notre confrère peut adresser une demande de payement d'honoraires au Directeur des postes et télégraphes.

La loi sur la responsabilité des patrons n'est pas encore votée et il serait encore temps de faire proposer un amendement qui consacrerait la responsabilité de l'Etat, le patron réel, comme elle consacre celle de tous les industriels.

On ne peut, ici, procéder de la même façon que vis-à-vis des patrons ordinaires ; le facteur serait-il admis à plaider contre l'Etat, en responsabilité, qu'il n'oserait le faire, pour ne point perdre sa place.

Nous prions notre confrère de tenter, d'abord, une démarche auprès du Directeur des postes du département et ensuite de faire présenter sa requête au Directeur des postes et télégraphes, par le député de son arrondissement et de nous informer des suites de ses démarches. Le cas est intéressant et peut se reproduire fréquemment.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation de la Savoie.

Délégué départemental.

M. le Dr Jules Armand (Albertville), 1er adhérent à l'Association amicale, membre du Concours, délégué à la Commission administrative de la Société locale.

Correspondants.

Arrondissement de Chambéry.

M. le Dr Chéron (Chambéry), membre de la Société locale.

M. le Dr Veyrat (Chambéry), membre de la Société locale.

M. le Dr Masson (Chambéry), secrétaire de la Société locale.

M. le Dr Démarié (Amédée) (Chambéry), secrétaire de la Société locale.

M. le Dr Forestier (Aix-les-Bains), secrétaire de la Société locale et secrétaire du syndicat du Sud-Est.

M. le Dr Jorre fils (Saint-Genix).

Arrondissement d'Albertville.

M. le Dr J. Armand.

Arrondissement de Moutiers.

M. le Dr Gouthier (Moutiers), adhérent à l'Association amicale, membre de la Société locale.

Arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne.

M. le Dr Piot (Aiguebelle), membre de la Société locale.

Nous prions tous ceux de nos confrères qui ont bien voulu accepter les fonctions de délégué départemental, de presser l'organisation de leurs cadres. C'est le vrai moyen de faire connaître notre Association, de la développer, de lui amener des adhésions, de la mettre à même, par conséquent, de rendre à bref délai tous les services que l'on attend d'elle.

S'il est regrettable que notre Société n'ait pas été créée plus tôt, que tant de misères n'aient pas été utilement soulagées, faisons toute diligence afin que les confrères qui peuvent être frappés demain par la mauvaise fortune n'aient pas à nous reprocher les lenteurs de notre organisation.

Le Conseil d'administration se fait un devoir *d'accélérer* la marche de l'œuvre autant qu'il le pourra, et de lui faire donner dans le plus bref délai possible tout ce qu'elle peut donner. Aussi souhaite-t-il bien vivement que tous ceux qu'il a conviés à l'aider et dont le concours lui est indispensable, se pénètrent de la même idée : *Aucune surprise n'étant à craindre, puisque nos calculs sont inattaquables, faire vite désormais, c'est faire bien.*

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de la Seine

M. le Dr Archambaud a, dans la séance du 20 février 1894, soumis, au syndicat des médecins de la Seine, une étude sur la désinfection.

La discussion de ce travail a été renvoyée à une séance ultérieure.

Nous ferons connaître les conclusions qui seront adoptées.

De la désinfection

Messieurs,

A peine la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine est-elle en vigueur, que de tous les côtés des réclamations et des plaintes se font entendre.

Ici, c'est un particulier qui, voyant venir à son domicile la machine à désinfecter, s'empresse de mettre les désinfecteurs à la porte et de remercier le médecin traitant.

Là, c'est un médecin qui, s'étant conformé à la loi, est très étonné de voir le lendemain, à la suite de sa déclaration, arriver chez son client un brancard destiné à le transporter à l'hôpital. Refus du malade, reproches au médecin, perte du client.

Là encore, c'est un commerçant, navré de voir s'éloigner un à un ses clients terrorisés, parce que l'administration est intervenue pour faire désinfecter la maison, à la suite d'une déclaration de maladie contagieuse.

Il est inutile de multiplier ces exemples pour donner une idée des principaux inconvénients qu'entraîne l'application de la nouvelle loi.

Ce n'est pas parce que nous vivons sous un régime libéral, qu'il faut nous enlever, peu à peu, toutes les libertés dont nous pouvons jouir.

Si nous ne parlons pas seulement pour nous, qui sommes censés voir la perte de ces libertés remplacée par des privilèges immenses, tels que : augmentation de notre patente ; attribution d'honoraires dérisoires, en cas d'expertises médico-légales ; plus grandes facilités données aux pharmaciens de nous faire une concurrence plus ou moins déguisée, imposition de nos voitures de travail comme voitures de luxe, etc.; si nous ne parlons pas, dis-je, pour nous-mêmes, nous pouvons parler pour nos malades, pour nos clients, pour le public en un mot.

Nous savons bien que la sauvegarde de la santé publique peut motiver, dans certains cas, des mesures restrictives de la liberté individuelle. L'hygiène a fait, depuis quelques années, d'immenses progrès, nous sommes les premiers à nous en louer, mais jamais encore on n'avait songé à pénétrer dans le domicile même des particuliers, ni toucher à leur personne. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi, puisque, à n'en pas douter, la loi actuelle n'est qu'un acheminement vers une loi plus stricte, plus sévère, qui imposera bientôt la désinfection obligatoire, l'isolement obligatoire, la vaccination et la revaccination obligatoires, en attendant qu'on trouve un remède plus ou moins efficace pour la prophylaxie des différentes maladies, et qu'on rende ce remède également obligatoire.

Est-ce à dire que nous considérons toutes ces mesures comme absolument inutiles? Non, assurément, mais on pourrait peut-être les appliquer avec plus de tact et avec plus de ménagement des intérêts de chacun. Si l'administration, dont ce n'est point le rôle, puisqu'elle n'a pas, en l'espèce, de compétence spéciale, ne peut pas trouver les moyens nécessaires pour y arriver, c'est à nous, médecins, à entreprendre cette tâche et à la mener à bien, le plus rapidement possible.

Ce n'est pas, en effet, parce que, administrativement, nous aurons déclaré qu'il y a, telle rue, tel numéro, un cas de scarlatine et que administrativement aussi, on aura désinfecté l'appartement qu'habite le malade, c'est-à-dire qu'on aura prévenu l'éclosion de un ou peut-être de deux nouveaux cas de scarlatine, ce n'est pas pour cela, dis-je, que nous empêcherons une dizaine des habitants de la maison voisine, ou une centaine des ouvriers de l'usine la plus proche, de mourir après avoir été contaminés par un seul individu atteint de tuberculose, affection éminemment contagieuse, mais que le législateur n'a pas osé introduire dans sa liste, parce qu'il prévoyait les désastres qu'aurait occasionnés dans les familles, la déclaration de cette affection aussi redoutable que redoutée.

Croyez-vous qu'actuellement, le médecin qui se trouve en présence d'un cas de rougeole, de syphilis ou de tuberculose, reste tout à fait inactif, en face de ces maladies contagieuses, sous prétexte que la loi ne lui prescrit rien ? Et pourquoi, si dans ces différents cas, le législateur a dû s'en rapporter à l'initiative du médecin, n'aurait-il pas fait de même pour la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, etc. ?

Mais puisqu'il n'en a pas été ainsi, il faudrait au moins lui laisser la direction de la prophylaxie et de la désinfection, responsabilité à laquelle, soyons-en sûrs, il ne cherchera pas à se soustraire. Et la famille, qui suit d'ordinaire avec tant de scrupules les prescriptions de son médecin, ne se refusera jamais à écouter ses conseils, lorsqu'il lui ordonnera de pratiquer elle-même ou de faire pratiquer la désinfection. La feuille de déclaration pourrait alors être ainsi conçue :

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir constaté, telle rue, tel numéro, tel étage, un cas de.....

Toutes les mesures de désinfection nécessaires ont été prises ou seront prises.

Ou bien,

La famille désire que l'administration fasse désinfecter, ou se refuse à faire désinfecter.

Signature du médecin.

De cette façon, la désinfection ne serait pratiquée administrativement, que si la famille y consentait ou si elle refusait de prendre elle-même les précautions indiquées par le médecin.

Nous avons signé, à dessein, la déclaration ci-dessus, parce que nous considérons qu'elle doit être toujours envoyée sous pli cacheté.

Il nous restera maintenant à étudier les mesures de désinfection les plus efficaces que nous pourrons employer chez nos malades, dans tous les cas, où, par raison de convenance personnelle, ou d'intérêts commerciaux, les familles n'accepteraient pas les moyens que l'administration met à leur disposition.

Pour tous ces motifs, nous vous proposons de vouloir bien accepter les conclusions suivantes :

Le Syndicat des Médecins de la Seine,

Considérant que la loi sur la déclaration des maladies est une loi inutile, si elle ne prévoit pas les différents modes de désinfection à employer ;

Considérant que cette loi paraît actuellement, au public, une source de vexations continuelles, dont le médecin supporte seul les conséquences ;

Considérant que le mode de déclaration imposé pourrait être de beaucoup simplifié ;

Emet les vœux suivants :

Article I. — La déclaration devra être unique, c'est-à-dire envoyée à une seule personne : maire, préfet, ou médecin des épidémies ; elle sera toujours signée par le médecin traitant.

Art. II. — Le médecin traitant sera chargé de la direction de la désinfection, qui ne pourra être faite par l'administration, que lorsqu'il en aura fait lui-même la demande.

Art. III. — Une circulaire indiquera, à tous les médecins, les principaux moyens de désinfection qu'ils pourront employer ou faire employer, dans les cas de maladies contagieuses. Cette circulaire sera dressée, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de France.

Dr Paul Archambaud.

Syndicat médical du département de la Mayenne.

24 février 1894.

La création d'un syndicat spécial de l'arrondissement de Mayenne a fait descendre de 43 à 34 le nombre des membres du syndicat de la Mayenne.

Le syndicat prononce l'admission de MM. les Drs Augier et Angot, fils, *de Laval*.

Bureau.

Le Syndicat procède à l'élection du bureau pour 1894.

Sont élus :
Président : M. Cellier ;
Vice-Président : M. Chevalier ;
Secrétaire : M. Bucquet ;
Trésorier : M. Veleau.

Sociétés de secours Mutuels.

Sur la proposition du Président, le syndicat proteste contre les accusations portées par M. Dupuy, ancien ministre de l'Intérieur, contre les membres du corps médical, qui refusent de se laisser exploiter plus longtemps par les Sociétés de secours Mutuels.

Déclaration des maladies épidémiques.

Quelques membres, s'étant préoccupés de la situation qui leur est faite, par l'article de la loi Chevandier, le Président fait remarquer qu'il n'y a qu'à attendre les instructions de l'administration et la délivrance des carnets à souche. Plus tard il conviendra de s'entendre avec l'administration pour que cette organisation ne porte pas atteinte aux intérêts du corps médical.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous applaudissons aux décrets par lesquels viennent d'être promus, ou nommés dans la Légion d'honneur, les médecins ou industriels, dont les noms suivent, qui, à l'*Exposition de Chicago*, ont honoré notre pays.

Au grade d'officier : M. le docteur S. Pozzi, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris ; M. Rigaud, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

Au grade de chevalier : M. Adrian, fabricant de produits pharmaceutiques ; M. Alcan, éditeur ; M. Chambon, directeur de l'Institut de vaccine animale ; M. le docteur Claude-Martin, à Lyon.

— Mardi dernier, l'Académie de Médecine a élu, en remplacement de M. Charcot, dans la section d'anatomie pathologique, le sympathique professeur du Collège de France, M. le *Dr Malassez*.

— Nous apprenons la mort prématurée d'un malheureux étudiant en médecine attaché au service du Dr Landrieux, à l'hôpital Lariboisière. Ce jeune homme, nommé *Marcel Couraud*, s'est blessé en pratiquant une autopsie de malade infectieux, et a succombé en quelques jours à cette inoculation septicémique.

De nombreux étudiants ont assisté au service funèbre de M. *Marcel Couraud*, qui, s'il n'est pas une *Victime du devoir*, montre du moins, aux familles, les dangers de l'apprentissage de notre redoutable profession.

— Un ingénieur, M. Philippe Léoni, 12, boulevard Magenta, propose au Conseil municipal, d'installer dans Paris, des bornes-fontaines automatiques à eau bouillante filtrée, sans aucune dépense pour la ville. Tous les bains, lavoirs, usines, possédant des chaudières, peuvent moyennant une dépense insignifiante, fournir, par une petite borne-fontaine, contenant un mécanisme solide et simple, un seau d'eau bouillante filtrée, pour une pièce de monnaie qu'on déposera dans une ouverture.

Il semble au premier abord qu'il y a là une idée simple, pratique, à approfondir.

— *Concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central.* — Ce concours sera ouvert le vendredi 18 mai 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert depuis le lundi 16 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 28 du même mois, à trois heures.

— *Maladies nerveuses et mentales. — Hypnotisme.* — M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le lundi 23 avril, à cinq heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications de l'hypnotisme à la psychiatrie et à la neuropathologie*.

Il le continuera les vendredis et lundis suivants, à cinq heures.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3893. — M. le docteur Giraud, de Chatelus-Malvavex (Creuse), membre de l'Association des médecins de la Creuse.

N° 3894. — M. le docteur Henry, de Paris, présenté par M. le docteur Carlier, de Thiron-Gardais.

N° 3895. — M. le docteur Arribat, de la Salvetat (Hérault), membre du Syndicat de Montpellier, présenté par MM. les Drs Bascoul, de Lacaune-les-Bains (Tarn), et Fabre, de Saint-Pons (Hérault).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Géry, de Sollies-Pont (Var), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.
Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Société de protection des victimes du devoir médical.

Récemment, la Société, qui avait versé, en 1893, une somme de mille francs à la famille d'un médecin de la *Seine-Inférieure*, et en 1894, cinq cents francs à celle d'un médecin de la *Loire-Inférieure*, vient de décider une nouvelle allocation supplémentaire à Mme M... de Paris, la veuve d'un infortuné confrère, victime du devoir. Elle avait déjà reçu diverses sommes et grâce à l'intervention du directeur du *Concours*, on avait pu lui procurer quelques ressources permanentes. On a décidé qu'une nouvelle somme serait mise à sa disposition.

Nous sollicitons les membres du *Concours* qui pourraient procurer à Mme Veuve M... une occupation honorable : dame de compagnie, lectrice, surveillante d'enfants, etc..., de vouloir bien nous écrire. Comme la santé de Mme M... très éprouvée, est meilleure, elle pourrait surveiller une clinique, un établissement médical quelconque, qui n'exigerait pas une grande responsabilité.

Celui de nos confrères qui pourrait rendre ce service, aurait bien mérité de la corporation. Les allocations de la *Société de protection* ne peuvent être que restreintes et n'équivalent jamais à une occupation rétribuée, quelque modeste qu'elle soit.

L'Association amicale des Médecins français

Les nombreux renseignements qui nous sont demandés sur l'*Association Amicale*, la nature de ces renseignements, nous montrent que l'œuvre est encore mal connue ; ce qui ne saurait étonner, puisqu'elle n'a que trois mois d'existence.

Notre premier numéro de 1894 était, tout entier, consacré à la création de l'Association : nous tenions à l'offrir à nos confrères comme don de nouvel an. Peut-être aurions-nous dû réfléchir que, dans ces jours de fêtes et de réunions familiales, les journaux couraient le risque d'être délaissés, et ajourner notre numéro spécial à quelques semaines.

Ce numéro, nous l'adressons à tous nos lecteurs, qui le demandent, mais, des lettres que nous recevons, il ressort qu'un exposé nouveau de la question serait bien accueilli d'un grand nombre de confrères, qui n'ont qu'une vague idée de la Société nouvelle.

On sait avec quelle ténacité nous avions poursuivi la création de l'œuvre *Indemnité maladie* par l'Association Générale des Médecins de France, dont la vaste organisation semblait faite pour son fonctionnement facile et rapide. — On nous avait sans cesse répondu par un *non possumus* absolu : on ne voulait rien changer au caractère de l'Association et les idées nouvelles, qui se sont fait jour à l'assemblée de 1894, n'avaient pas encore percé. — Nous avions la conviction que l'œuvre répondait à un besoin réel ; nous nous sommes donc décidés à la fonder nous-mêmes, comme on nous y conviait.

Un projet de statuts a été soumis, en Novembre dernier, à l'Assemblée Générale des membres de la Société civile du Concours Médical, qui l'a adopté ; un conseil d'administration provisoire a été nommé, et immédiatement on est entré en fonctionnement.

Nous avons eu raison d'agir ainsi, puisque le nombre des adhésions qui se sont produites dans

le premier trimestre de 1894 a dépassé nos prévisions.

L'œuvre d'indemnité en cas de maladie, réalisée par l'*Association Amicale* répond à un besoin, disions-nous — la chose est certaine. Nul n'est à l'abri de la maladie et le médecin, moins que personne, ne peut se flatter qu'il ne sera jamais arrêté, plus de quelques jours consécutifs : il doit prévoir les accidents, les maladies qui se prolongent, les infirmités même et l'impotence. Or si quelques jours de repos forcé passent inaperçus, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de semaines, de mois ou d'années.

Sans doute, il est de nombreux confrères, dont la position paraît assurée : ils doivent cependant savoir que la mauvaise fortune peut avoir des retours imprévus. Faut-il rappeler ces exemples lamentables que, chaque année, nous trouvons sur la liste des futurs pensionnés de l'Association Générale ?

L'un d'eux disait, il y a quelques semaines : « Lorsqu'il y a trente-cinq ans, je payai ma première cotisation à notre société naissante, j'étais loin de penser, qu'à la fin de ma carrière, je serais dans la nécessité d'en solliciter les bienfaits pour moi-même ».

Combien en est-il, en effet, qui, en versant leur cotisation, pensent à eux-mêmes ? Combien ne se figurent pas qu'ils accomplissent un simple acte de solidarité confraternelle ? — Et cependant combien, plus tard, se félicitent d'avoir été amenés à cet acte de prévoyance inconsciente ?

A ces heureux de la profession, nous dirons donc : ne vous abstenez pas, venez à l'Association Amicale, soyez prévoyants ; en pensant à des confrères moins fortunés, qui sait si vous ne travaillerez pas pour vous-mêmes ? Dans tous les cas vous aurez fait une bonne action.

Mais, ces confrères constituent une minorité dans le corps médical ; la plupart sont condamnés au travail jusqu'à leur dernier jour, à la lutte sans fin pour la vie : à ceux-là il n'est pas permis d'être malades, sans que la gêne arrive rapidement et, si la maladie se prolonge, c'est la misère. Nous avons fondé pour eux l'Association Amicale ; c'est donc leur devoir de s'y agréger.

La cotisation n'est pas tellement élevée qu'ils ne puissent la prélever sur leur budget annuel, tant qu'ils sont valides et bien portants ; vienne la maladie, elle leur sera rendue avec usure. Que risquent-ils donc ?

Une indemnité journalière de dix francs, c'est peu pour le médecin, a dit quelqu'un — c'est toujours la vie assurée, la possibilité d'avoir un remplaçant. D'ailleurs les statuts ne prévoient-ils pas le moment où une cotisation double permettra de s'assurer une double indemnité ? Et puis, il fallait réduire la cotisation à un chiffre accessible à tous. Ce que nous disions plus haut, le démontre : en souscrivant on ne pense pas à soi, on croit faire un sacrifice pour les autres ; — il convenait donc de limiter ce sacrifice, si sacrifice il doit y avoir.

C'est cette même pensée qui a fait limiter l'indemnité journalière à 60 jours et substituer, au delà de cette période, l'indemnité mensuelle de cent francs.

C'est encore pour cela, que nous avions limité la participation à 65 ans, époque où généralement l'activité professionnelle commence à s'éteindre. Devant les observations qui nous ont été adressées, nous avons mis à l'étude la prolongation de la participation, et nous espérons pouvoir soumettre les tarifs qu'elle nécessiterait à la première Assemblée Générale des adhérents.

Une œuvre comme l'Association Amicale ne peut être établie sur des bases fantaisistes ; elle repose sur le droit strict, et tout adhérent, lorsqu'il s'inscrit, sait que, le cas échéant, il n'aura rien à solliciter : ce qu'il réclamera, c'est ce à quoi il aura droit, ce qu'il se sera assuré par ses versements.

Aussi, les calculs ont-ils été confiés à un homme de compétence spéciale ; ils ont été établis avec toute la rigueur qu'on doit exiger en pareil cas. Aucun aléa n'est donc à craindre de ce fait.

Quant à la gestion, elle est réglée par les statuts eux-mêmes : les fonds de réserve ne peuvent être placés qu'en valeurs présentant la plus expresse garantie ; les retraits et les ventes ne peuvent être effectués que sur trois signatures ; le trésorier ne peut garder en caisse que les sommes nécessaires aux menues dépenses courantes. Faut-il ajouter que deux contrôleurs pourront, à toute époque de l'année, se faire représenter les comptes ?

Enfin, il faut bien le dire aussi, les confrères placés à la tête de l'œuvre, par la confiance de leurs pairs, apportent le dévouement le plus absolu à l'œuvre, dont ils ont été les promoteurs et dont ils ont à cœur d'assurer la réussite.

L'accueil qui a été fait à l'Association Amicale a du reste été leur première récompense. Si, dans un accès de mauvaise humeur incompréhensible, le président de l'*Association mutuelle* (association qui ne s'adresse qu'aux médecins de la Seine et repose sur des bases toutes différentes) n'a trouvé que ce cri du cœur : « la maison n'est pas au coin du quai », le Secrétaire général de l'Association Générale, M. Lereboullet a, dès le premier jour, applaudi à la création nouvelle, et, pour bien montrer qu'il n'avait pas parlé en son seul nom personnel, renouvelait, le 1er avril, en séance, ses encouragements et ses félicitations.

Des organes de province, *la Vendée médicale*, *le Journal des sciences médicales de Lille*, publiaient avec les statuts, un chaleureux appel en faveur de l'œuvre.

Enfin, obligée de créer pour son fonctionnement régulier des cadres en province, l'Association Amicale avait la satisfaction de voir ses appels accueillis partout de la manière la plus favorable : Dignitaires des Associations locales ou des syndicats, tous se sont fait un devoir de se mettre à sa disposition et de faciliter son organisation.

Qu'auraient pu souhaiter de plus ses fondateurs ?

Et que pourraient réclamer, de plus, les confrères, dont elle sollicite l'adhésion ?

Elle se présente à eux comme une œuvre essentiellement morale, œuvre de solidarité et de

prévoyance ; à peine créée, elle fonctionne de la manière la plus satisfaisante ; elle est ouverte à toutes les améliorations que l'expérience pourra suggérer — l'avenir n'est-il donc pas à elle ?

G.

LA SEMAINE MÉDICALE

Injections intra-veineuses médicamenteuses de Baccelli.

Au Congrès de Rome, le professeur Baccelli a rapporté les remarquables succès qu'il avait obtenus grâce aux injections intra-veineuses de quinine dans les cas de paludisme très grave. Il a fait les mêmes essais dans la syphilis grave avec les injections intra-veineuses de sublimé. Voici comment on procède :

Toutes les précautions préalables sont prises pour que la peau soit dans un état de rigoureuse asepsie. On remplit ensuite la seringue à injection d'une solution ayant pour formule :

Bichlorure de mercure.	1 gramme
Chlorure de sodium....	3 —
Eau distillée............	100 —

L'aiguille de la seringue est enfoncée dans une veine superficielle du pli du coude ou du dos de la main ou de la jambe. Préalablement on aura rendu cette veine turgescente par l'application d'une bande.

Quand l'injection est faite suivant toutes les règles, elle ne développe ni douleur, ni réaction locale. Quelques secondes plus tard, le sujet accuse un goût salé, puis un goût métallique de mercure. Au bout de cinq à dix minutes survient de la sialorrhée.

Au début du traitement, M. Baccelli injecte quotidiennement 1 centimètre cube de la solution au millième, ce qui fait 1 milligramme de sublimé ; il élève progressivement cette dose à 2, 3, 4 et jusqu'à 8 milligrammes (dose maxima). Une fois que la dose quotidienne aura été portée à 4 milligrammes, on pourra employer une solution à 2 pour mille, pour ne pas injecter une trop grande quantité de liquide. Dans des cas exceptionnels, lorsque la gravité du mal exige une intervention particulièrement énergique, M. Baccelli débute par des doses quotidiennes de 4 à 5 milligrammes, quand préalablement il a pu se renseigner sur la tolérance du sujet.

M. Baccelli a fait ressortir les avantages suivants qu'il attribue à cette méthode de traitement :

1° La petite quantité de substance médicamenteuse nécessaire pour obtenir les effets voulus ;

2° La possibilité de venir rapidement à bout de certains symptômes qui dénotent un empoisonnement du sang par le virus syphilitique ;

3° L'action prompte et étendue exercée sur les parois des vaisseaux, qui sont un des sièges de prédilection des altérations syphilitiques.

En outre, la substance médicamenteuse est introduite directement dans le torrent circulatoire, par l'intermédiaire duquel elle est mise en contact avec les différents organes et tissus. On évite ainsi la voie, beaucoup plus longue, des vaisseaux lymphatiques.

Les nouveaux traitements de la diphthérie.

Les Allemands n'ont décidément pas la main heureuse dans leurs découvertes de remèdes nouveaux. Klebs vient de lancer un soi-disant remède souverain, spécifique de la diphthérie, auquel il donne le nom d'antidiphthérine. Les compatriotes de Klebs eux-mêmes déclarent, après essais, que ce remède vaut les autres, peut-être même un peu moins.

A la Société de thérapeutique de Paris, M. le Dr *Piédallu*, du Raincy, a préconisé un autre remède, qui, appliqué depuis 3 ans, sur 40 enfants atteints d'angine et de croup, a donné des succès constants. Voici la formule de ce traitement :

Sirop simple..........	1.000 gr.
Iodure de potassium.	50 —
Biiodure de mercure.	0 — 50 cgr.

qu'on administre par cuillerées à café ou à dessert, toutes les deux heures, suivant l'âge de l'enfant ; on donne jusqu'à 300 gr. de ce sirop en six ou huit jours, à des enfants de 4 à 6 ans. Au bout de quelques heures apparaissent les signes d'iodisme. Si l'enfant bave, on diminue la dose tout en maintenant un état de saturation. Il faut que le malade ait, en quelque sorte, dans la bouche et dans le pharynx, un gargarisme antiseptique permanent.

Deux ou trois fois par jour, si les fausses membranes tiennent peu, on les enlève sans violence avec le manche d'une cuiller et on pratique des attouchements avec un tampon d'ouate imbibé de liqueur de Van Swieten. L'effet de ce traitement est rapide et se manifeste au bout de deux à cinq jours ; les fausses membranes s'éliminent dès le deuxième jour. L'enfant est soumis au régime lacté.

Bien entendu, nous ne garantissons pas l'efficacité de ce traitement dans tous les cas. C'est M. Piédallu qui en garde l'entière responsabilité. Il y a lieu de vérifier sérieusement ses assertions sur tous les cas que chacun de nous pourra rencontrer.

Traitement de l'amygdalite phlegmoneuse suppurée.

L'intervention chirurgicale est parfaitement inutile dans la plupart des cas d'amygdalite phlegmoneuse suppurée ; nous l'avons bien des fois constaté. Tout au plus, doit-on inciser quand on a noté l'apparition sur l'amygdale d'un point transparent blanchâtre révélant un foyer purulent.

D'après M. *Gouguenheim*, voici la conduite à tenir dans la plupart des cas :

1° Contre la *douleur pharyngée* : applications autour du cou des tubes de Leiter (petits tuyaux en plomb dans lesquels on entretient une circulation d'eau froide). A leur défaut seulement, vessies de glace ou sangsues sur l'angle de la mâchoire.

Badigeonnages pharyngés avec la solution de cocaïne au cinquième ou au tiers ;

2° Contre l'*adénite* : cataplasmes chauds et laudanisés autour du cou ;

3° Contre l'*inflammation locale* : douches pharyngées et irrigations nasales avec l'eau boriquée chaude ;

4° A titre d'antiseptique intestinal et surtout pour prévenir les effets de l'ingestion des produits septiques, administration du naphtol ou mieux du salol à la dose quotidienne de deux grammes et par prises successives, que l'on continuera pendant quelques jours.

Les conjonctivites à fausses membranes.

Dans une très intéressante communication à la Société d'Ophtalmologie, M. le Dr *Valude*, des Quinze-Vingts, étudie les conjonctivites à fausses membranes et leur décrit 4 variétés principales :

a) La première variété, bien connue déjà, assez bénigne, est celle qui est décrite dans les traités sous le nom de conjonctivite croupale ; elle se caractérise par une exsudation ténue et non adhérente, et la pseudo-membrane n'est qu'un épiphénomène dans le processus catarrhal de la conjonctive. On pourrait lui donner le nom de *conjonctivite pseudo-membraneuse simple ou catarrhale*, pour la distinguer des deux suivantes.

b) La deuxième variété est la *conjonctivite pseudo-membraneuse chronique* ; elle est caractérisée par les signes suivants :

Etablissement d'une fausse membrane épaisse, grise, et adhérente à la muqueuse sous-jacente qu'elle recouvre sur une plus ou moins grande étendue. La fausse membrane est susceptible de demeurer longtemps, plusieurs mois, sans se détacher, et après sa disparition la muqueuse apparaît rose et indemne. Au cours de ce processus, la cornée peut présenter des altérations, mais le plus souvent celles-ci restent légères ou sont de peu d'étendue.

Cette forme est encore assez bénigne et peut-être l'infection dépend-elle du staphylocoque.

c) La troisième variété s'intitulerait : *conjonctivite pseudo-membraneuse suraiguë*. Cette forme se caractérise par une rapidité extrême dans l'apparition des fausses membranes et par l'intensité de l'infection, qui aboutit promptement à la destruction de la cornée. En douze, vingt-quatre ou trente-six heures au plus, la conjonctive est entièrement recouverte d'une membrane très épaisse et adhérente, et la cornée opacifiée, généralement en totalité. La membrane commence à se détacher vers le dixième jour, laissant à sa place une muqueuse d'un rouge vif, un peu saignante et dont l'intégrité n'a pas été entièrement respectée, au moins dans ses couches les plus superficielles. On constate, en effet, quelque temps après la disparition de tous les symptômes, l'existence de plis légers cicatriciels qui attestent une nécrose, au moins partielle, de la surface conjonctivale. Celle-là est très grave, et peut-être relève-t-elle du streptocoque.

d) Enfin, la dernière variété, qui se trouve reliée aux deux premières par la forme grave suraiguë à nécrose superficielle, serait l'ophtalmie diphtéritique de de Græfe, qui pourrait prendre le nom de *conjonctivite pseudo-membraneuse interstitielle*, pour indiquer d'un mot le caractère profond de l'infection.

En ce qui concerne le traitement, M. Valude pose en principe que, dans toute conjonctivite pseudo-membraneuse et diphtéritique vraie, on doit *éviter le nitrate d'argent*, les applications glacées, l'emploi du sublimé, et les scarifications profondes.

Le traitement qu'il conseille est le suivant :

Irrigations chaudes. Ces irrigations seront pratiquées, avec un appareil laveur, le plus largement et le plus souvent possible, toutes les heures ou toutes les deux heures au début. L'irrigation continue est l'idéal dont il faut chercher à se rapprocher en tenant compte des autres besoins du malade. Chez les enfants, on pratiquera ces lavages en écartant les paupières avec deux doigts d'une main, l'autre dirigeant le jet ; on emploiera un litre au moins à chaque irrigation.

Ces irrigations seront chaudes, aussi chaudes que la main le pourra supporter ; on atteindra ainsi 40° — 45° — 50° C.

Le liquide à employer ? Nous avons proscrit le sublimé pour des raisons exposées plus haut ; on peut choisir l'acide borique ou tout autre liquide antiseptique non irritant. M. Valude préfère à tous les liquides la solution suivante : eau distillée stérilisée, 1,000 grammes, extrait thébaïque, 0 gr. 10 centigrammes, qu'on peut aussi préparer soi-même en mettant dans un litre d'eau bouillie et chaude *dix gouttes* d'une solution titrée (qui se conserve facilement) composée de : eau stérilisée et glycérine, *áâ* 2 grammes ; extrait thébaïque, 1 gramme. Ce liquide offre le grand avantage de calmer les douleurs et de diminuer l'abondance de la sécrétion.

Si le gonflement des paupières était par trop considérable, on pourrait employer, au lieu du liquide précédent, une solution naphtolée ; toutefois, cette circonstance, fréquente dans l'ophtalmie purulente, ne se présente pas si souvent dans la conjonctivite pseudo-membraneuse catarrhale.

Concurremment avec ces irrigations chaudes, qui forment la pierre angulaire du traitement, M. Valude conseille d'assurer l'antisepsie de la cavité conjonctivale par l'introduction, répétée deux fois par jour, d'une pommade iodoformée au 1/50. Les fausses membranes et les culs-de-sac seront garnis avec soin de cette pommade, et l'application en sera d'autant plus nécessaire qu'il existera du côté de la cornée des lésions ulcéreuses.

Parfois, surtout à la période d'élimination des fausses membranes et quand la cornée est altérée, il s'établit une suppuration abondante que rien ne peut arrêter. L'emploi du terpinol a l'heureux effet, en pareil cas, de diminuer notablement cette sécrétion purulente. Le terpinol mélangé à parties égales d'huile, de vaseline ou d'huile d'amande douce, prendra alors dans la pommade iodoformée la place de l'excipient.

Quant aux attouchements de jus de citron depuis longtemps vanté par plusieurs oculistes, M. Valude conseille de ne l'appliquer qu'aux fausses membranes adhérentes ou à l'infiltration diphtérique, et le chirurgien ne devra laisser à personne le soin d'appliquer le topique ; avec un petit pinceau légèrement imbibé, il touchera la fausse membrane seule, avec le citron, une ou deux fois par jour ; un pansement iodoformé suivra aussitôt après.

Le forceps chez les multipares.

D'après le consciencieux travail de M. le Dr Darras, il semble qu'à l'heure actuelle, le forceps au détroit supérieur doit être abandonné chez les multipares ayant le bassin vicié et qu'il est préférable de lui substituer la symphyséotomie.

Quant aux autres femmes multipares, il est tout à fait exceptionnel qu'il y ait indication d'appliquer le forceps pour longueur exagérée de la période d'expulsion.

Les indications les plus communes sont fournies par l'état de souffrance du fœtus ou par un état de la mère qui nécessite la prompte terminaison de l'accouchement.

L'opération de la cataracte peut-elle avoir des inconvénients chez les diabétiques et les albuminuriques ?

D'après M. le Dr *Valude*, l'opération de la cataracte n'est nullement contre-indiquée dans les dyscrasies albumino-diabétiques, même graves ; la réussite finale est aussi probable qu'en toute autre circonstance.

Le seul inconvénient que paraît avoir la présence du sucre ou de l'albumine, ou l'existence d'une dyscrasie, si l'on veut, c'est d'amener à sa suite un trouble nutritif capable d'enrayer la cicatrisation de la plaie cornéenne.

Et d'après de nombreux faits, ce trouble de nutrition ne se produirait que dans le cas d'extraction sans iridectomie, étant heureusement modifié par une section préalable ou consécutive, faite à l'iris.

Est-il invraisemblable d'attribuer cette action modificatrice à l'iridectomie ! Non, si l'on songe à l'effet heureux et tout-puissant de la même opération dans le glaucome.

Le glaucome est en définitive une affection encore obscure dans ses origines et ce que nous en savons de plus net, c'est que l'état glaucomateux représente le maximum des perturbations dans la circulation des liquides intra-oculaires et dans la nutrition générale de l'organe. L'iridectomie régularise ce désordre et rétablit l'équilibre dans la circulation. Son mode d'action n'est pas encore clairement établi.

Il n'est pas dénué de raison de supposer que dans les cas qui nous occupent, l'iridectomie, en agissant favorablement sur la circulation ou l'équilibre intra-oculaire, accélère et même détermine la coaptation de la plaie et sa fermeture définitive.

En résumé, les opérations de cataracte peuvent et doivent être faites chez les diabétiques et même les albuminuriques, mais il convient de pratiquer l'extraction avec iridectomie. Moyennant ce correctif, l'opération se présente avec toutes les chances désirables.

Traitement des brûlures des yeux.

Voici comment le Dr *Panas* comprend le traitement des brûlures oculaires :

Ces brûlures sont le plus souvent produites par des corps métalliques incandescents ; elles peuvent l'être aussi par des parcelles de charbon ou des gaz en combustion, le soufre, le phosphore, des vapeurs, des liquides bouillants et des caustiques chimiques, liquides ou solides.

Les corps qui n'agissent que par la chaleur produisent des lésions moins graves que ceux qui exercent, en outre, une action chimique. De toutes ces brûlures, les moins graves sont celles que produisent les corps métalliques incandescents, ce qui tient à ce que ces corps produisent des plaies aseptiques. Cependant, le pronostic peut être rendu plus grave par la présence du corps étranger incrusté au point brûlé.

La première indication est donc alors d'enlever le corps étranger ; il faut faire cette petite opération de suite à moins que les parcelles étant très nombreuses, il n'y ait intérêt à faire au préalable des applications de compresses froides ou une instillation de cocaïne, ce qui favorisera l'élimination spontanée de la plupart des parcelles.

Les caustiques chimiques produisent des lésions profondes et graves. Les brûlures produites par les flammes sont, en général, assez étendues. Dans ces deux cas on peut observer des accidents graves dus surtout à une vive réaction de l'œil brûlé.

Dans les cas de brûlure par les caustiques, la première indication consiste dans l'emploi de l'eau froide en abondance. Plus tard il faut employer les lavages antiseptiques. Enfin, quand la réaction inflammatoire est vive, il faut avoir recours aux compresses chaudes qui ont l'avantage de hâter le dégorgement des tissus.

Il ne faut jamais oublier de porter son attention sur les culs-de-sac conjonctivaux, car les adhérences se produisent rapidement. Qu'y a-t-il à faire en pareil cas ? A mesure que les adhérences se forment, il faut détruire les brides cicatricielles avec une sonde ou bien faire usage de corps gras ou de coques de verre, qui jouent le rôle d'isolateurs.

Mais la première indication en cas de brûlure de l'œil, c'est de calmer la douleur ; ce résultat est obtenu par des instillations répétées d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au vingtième.

Enfin, si la réaction inflammatoire est vive, on se trouvera bien d'applications de ventouses ou de sangsues au niveau de la tempe. (*Bull. Médic.*)

LE CONGRÈS DE ROME

XIe Congrès international

Suite. (*Voir le* no 16.)

Section de chirurgie (*suite*).

M. *Maydl*, de Prague, guérit l'exstrophie de la vessie en ouvrant le péritoine, réséquant la paroi vésicale sauf deux portions ovales répondant aux orifices d'abouchement des uretères et les suturant à une portion du côlon préalablement ouverte

M. *Pousson*, de Lyon, propose de faire la néphrotomie dans tous les cas d'anurie calculeuse, quitte à faire par la suite le cathétérisme rétrograde de l'uretère pour chasser le calcul.

Pour M. *Willems*, de Gand, le traitement du pied-bot congénital doit être le suivant : chez les enfants qui n'ont pas encore marché, application d'un appareil ou opération de Phelps. Chez ceux qui ont marché et chez les adultes, par conséquent, il préfère la tarsectomie large en commençant par la résection de l'astragale

M. *Peugniez*, d'Amiens, rapporte l'histoire de 7 opérations pratiquées pour des cancers de l'estomac, pylorectomies, et gastrostomies, 1 seul malade a survécu.

Section de médecine et de chirurgie militaires.

M. *Antony*, de Paris, réclame plus de sévérité dans l'élimination des tuberculeux suspects au service de l'armée.

M. *Kelsch* joint ses vœux à ceux de M. Antony.

MM. *Von Coler et Schjerning*, de Berlin, relatent les observations qu'ils ont pu faire sur les blessures graves produites par les nouvelles armes à feu ; leur communication serait bonne à méditer pour les ministres et officiers, qui prétendent que l'armée ne manquera pas de médecins et de chirurgiens en temps de guerre. La besogne serait écrasante pour le double du personnel actuel.

Section de Gynécologie et d'Obstétrique.

La symphyséotomie a naturellement défrayé bien des communications.

M. *Pinard*, de Paris, a donné de nouveaux détails sur la technique de l'opération.

Après l'incision on place l'extrémité de l'index gauche au côté gauche du clitoris, très bas, et on en abaisse la racine gauche jusqu'à ce que l'on sente le sommet de l'arcade ; sur son ongle on fait aboutir l'incision commencée à la hauteur nécessaire, repassant le bistouri jusqu'à ce qu'on ait bien mis à nu les tissus blancs présymphysiens ; les faisceaux du ligament suspenseur médian du clitoris étant sectionnés d'un coup de bistouri transversal, on abaisse la lèvre inférieure de cette petite plaie transversale en grattant la symphyse, et bientôt l'*arcuatum* est sous les yeux de l'opérateur, avec son bord inférieur net, poli et absolument libre. Pour la face postérieure de la symphyse, si, après avoir séparé les muscles droits, on introduit le doigt fortement recourbé pour gratter le périoste avec l'ongle ou un instrument mousse, on rejoint sous l'arcuatum la voie naturelle qu'on vient d'ouvrir en avant.

Pour charger alors la symphyse, M. Farabeuf se sert aujourd'hui d'une simple lame d'acier mousse, transformée en gouttière arquée sur une longueur de quelques centimètres, et il ne reste plus qu'à pratiquer la section.

On peut émettre, relativement à la symphyséotomie, les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse ;

2° Pour être utile, elle doit être complète et l'écartement préalable du pubis doit être en rapport avec le rétrécissement du bassin ;

3° Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où le calcul a démontré qu'un écartement de 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme ;

4° L'écartement du pubis dépassant 7 centimètres, pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être proscrit ;

5° Dans les rétrécissements où l'écartement du pubis, poussé à 7 centimètres, ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique ;

6° Dans les cas de bassin oblique ovalaire avec synostose d'une des articulations sacro-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, il faut pratiquer l'ischio-pubiotomie (opération de Farabeuf) ;

7° Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Comme conclusions générales, nous pouvons dire que l'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite, et que l'agrandissement momentané du bassin, pratiqué dans les limites et les conditions ci-dessus indiquées, doit faire abandonner : 1° l'accouchement prématuré artificiel ; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance du bassin non vaincue par les contractions utérines.

M. *Morisani*, de Naples, appuie cette manière de voir et ajoute qu'il faut pratiquer la symphyséotomie dans les cas suivants : 1° lorsque l'accouchement est à terme ; 2° lorsque le travail est avancé ; 3° lorsque la dilatation de l'orifice utérin est presque complète.

M. *Jacobs*, de Bruxelles, vient proclamer à nouveau que dans les altérations annexielles unilatérales, la voie vaginale est la méthode de choix, et que dans les affections annexielles bilatérales, la castration totale par le vagin est préférable à la salpingectomie bilatérale par l'abdomen.

Pour M. *Foveau de Courmelles* (Paris), le curettage électrique est indolore et d'une innocuité absolue. Il peut remplacer l'opération chirurgicale du curettage. Il se pratique de deux façons :

1° *Procédé lent ou bi-électrolyse.* — Action des courants électriques continus avec addition de substances médicamenteuses : tubes renfermant des solutions thérapeutiques, iodurées ou autres ; substances métalliques, cuivre, fer, zinc...

2° *Procédé rapide ou pyrogalvanie.* — Un courant continu faible, explorateur, détermine les points lésés où arrive un courant thermique détruisant en ces points et rien qu'en ces points le processus morbide.

MM. *Mangiagalli*, de Milan, *Martin*, de Berlin, *Landau*, de Berlin, *Carle*, de Turin, *Jacobs*, de Bruxelles, *Doyen*, de Reims, *Calderini*, de Parme, discutent sur le traitement du pédicule dans les myomectomies abdominales.

Pour *Landau*, voici sa conduite habituelle :

1° Dans les cas de tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic, je pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement ;

2° Si la tumeur dépasse l'ombilic, j'en fais l'énucléation rapide par la voie abdominale, puis je pratique l'hystérectomie et enfin j'extirpe le moignon par la voie vaginale ;

3° Il est très important de ne pas fermer complètement la cavité péritonéale.

M. *Mangiagalli* ne se déclare pas convaincu et chacun reste dans son opinion personnelle.

M. *Péan* termine en relatant une nouvelle opération aussi formidable que hasardeuse, par laquelle il prétend enlever de gros fibromyomes ; c'est le morcellement par la voie périnéo-vagino-rectale.

M. *Apostoli*. L'électrothérapie intra-utérine, galvanique, faradique et sinusoïdale, donne des résultats immédiats et éloignés excellents dans les métrites et métrorrhagies, dans les fibromes, enfin dans les phlegmasies péri-utérines non suppurées.

Dans les cas où elle est inefficace, elle permet d'utiliser son impuissance même (par l'étude attentive et inoffensive de ses réactions opératoires et post-opératoires) pour éclairer ou confirmer un diagnostic douteux — imposer ou précipiter ainsi une intervention chirurgicale retardée ou bien déjà refusée.

C'est une puissante auxiliaire de la chirurgie.

M. Laroyenne, de Lyon, affirme, d'après son expérience personnelle, que dans toute intervention suivie de drainage qui a intéressé l'aponévrose abdominale, dans la laparotomie particulièrement, la réunion immédiate secondaire, en suturant isolément toutes les couches de la paroi abdominale, enlève toute prédisposition à l'éventration.

M. *Pozzi*, de Paris, décrit un procédé nouveau de traitement du vaginisme par étroitesse vulvaire qui lui a donné un parfait résultat :

Après incision de l'hymen et dilatation forcée avec le spéculum de Trélat, on pratique de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du *constrictor cunni* et divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

On dissèque les 2 lèvres de la plaie de manière à produire leur écartement ; on donne ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire ; on réunit alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement la direction de l'incision primitive et se trouve reportée en dehors du point qui occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve : la suture attire la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle de l'incision faite au commencement de l'opération.

On voit que, par ce procédé, on fait de chaque côté de la vulve une sorte de dédoublement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement transversal suivi de suture sagittale employé par Lawson Tait dans son opération de périnéorrhaphie. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve qu'on peut graduer à son gré et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place doit réunir l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision primitive.

On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent les sutures précédentes.

Section de laryngologie.

M. *Moure*, de Bordeaux, préconise le traitement des déviations, crêtes et éperons du septum nasal par l'électrolyse au moyen d'aiguilles en acier.

Ces aiguilles sont revêtues d'un mandrin en caoutchouc durci (bout de sonde uréthrale), qui non seulement les isole, mais permet encore de limiter exactement leur pénétration dans les tissus à électrolyser.

Les aiguilles sont reliées à la batterie électrique, en passant par un rhéostat et un ampèremètre.

D'après l'épaisseur de la crête ou de la saillie à détruire, l'intensité du courant doit osciller entre 18 à 25 milliampères et la durée varie de douze à quinze minutes.

Les aiguilles doivent être enfoncées parallèment au septum, en suivant la partie saillante. La négative est placée au centre et la positive au-dessus ou au-dessous de cette dernière. Les aiguilles ne doivent pas être implantées trop près de la base des éperons pour ne pas produire de perforation de la cloison.

Pendant l'électrolyse on doit surveiller par la fosse opposée le septum non dévié pour s'assurer qu'il ne s'échappe de ce côté aucun gaz indiquant que l'électrolyse agit au delà du point voulu.

M. *Lennox Browne*, de Londres, donne quelques indications sur le traitement de la tuberculose laryngée.

Tous les médicaments (si nous en exceptons l'acide lactique) doivent être appliqués sous forme de pulvérisations et non pas avec le pinceau ou sous forme de poudres insufflées.

Le menthol, ou bien le menthol uni à l'iodol et dissous dans l'huile, constituent les meilleures applications dans le stade qui précède l'ulcération.

On emploie la curette dans un double but :

1° Pour détruire les hyperplasies ;

2° Pour débarrasser les larges ulcérations des matières nécrosées qu'elles contiennent et pour réunir en un seul les multiples petits ulcères qui peuvent exister.

Le curettage peut être efficace à condition de précéder les applications d'acide lactique, mais il n'est pas d'une absolue nécessité et son emploi n'est justifié que dans la cinquième partie des cas. Les applications d'acide lactique, pour être réellement efficaces, doivent être employées sous forme de frictions très énergiques, on doit s'abstenir des ponctions et des incisions dans les tissus infiltrés (Schmidt, Rosenthal), parce que, d'une part, elles ne produisent aucune action modificatrice favorable sur les tissus et que, d'autre part, elles activent le développement des ulcérations. L'extirpation des cartilages aryténoïdes (Heryng et Gouguenheim) ne doit pas être conseillée, parce qu'ils sont rarement le siège d'altérations morbides, et lorsque ces altérations existent elles se produisent à des stades si avancés, que cette intervention est contre-indiquée.

Enfin, on doit s'abstenir de faire la trachéotomie dans la tuberculose du larynx.

M. Chiari, de Vienne, formule ainsi le traitement de la pachydermie du larynx :

1° Le traitement des épaississements légers,

surtout sur les replis interaryténoïdiens, sera l'électrolyse qui, tout en étant un procédé très efficace, ne détermine pas de réaction ;

2° Contre les épaississements typiques des cordes vocales, on emploiera les médicaments de préférence aux interventions chirurgicales ;

3° Dans les infiltrations pachydermiques de la région interaryténoïdienne, qu'elles soient dues au catarrhe, à la tuberculose, à la syphilis ou à d'autres causes d'irritation chronique, on aura plutôt recours aux procédés chirurgicaux ou à la galvanocaustie.

Section d'ophthalmologie.

M. *Vignes*, de Paris, décrit un iritis tuberculeux, qui a une évolution torpide et sournoise, mais est susceptible de guérison.

M. *Lagrange*, de Bordeaux, traite les rétrécissements des voies lacrymales par l'électrolyse, suivie du cathétérisme.

M. *Sulzer*, de Genève, extrait les corps étrangers métalliques de l'œil au moyen de l'électro-aimant, mais affectant une forme spéciale : le noyau de fer doux a la forme d'un fer à cheval à branches très rapprochées ; la pointe qui forme les deux pôles est composée de deux parties soudées et séparées magnétiquement par du cuivre ; du côté opposé elles s'écartent en présentant la forme d'une fourche dont les deux dents s'emboîtent dans les branches du noyau.

M. *Power*, de Londres, rapporte le cas d'un jeune homme ayant eu, à la suite d'un coup de feu dans l'œil gauche, un anévrysme qui guérit par la ligature de la carotide primitive. M. *Gayet* a vu survenir dans les mêmes circonstances une guérison spontanée.

M. *Gayet* communique deux cas, l'un de cécité complète et de phlegmon oculaire, l'autre de cataracte, survenus au cours d'affections cardiaques graves, ayant par la suite déterminé la mort.

N'ayant pas trouvé d'embolies de l'artère centrale de la rétine, M. Gayet conclut à l'introduction dans l'œil de toxines ayant agi comme la naphtaline.

Section de pœdiatrie.

M. *Comby*, de Paris, rapproche du rachitisme différents états convulsifs de l'enfance, surtout le spasme de la glotte.

Pour lui, l'étiologie est la même : la dyspepsie.

Cette dyspepsie, source de troubles nutritifs et d'empoisonnement pour l'organisme, est la cause prochaine des lésions osseuses, de l'impotence fonctionnelle, du retard évolutif qui caractérisent le rachitisme, elle est également la cause des accidents convulsifs qui se montrent alors à nous, non pas comme des manifestations purement nerveuses, réflexes ou purement inflammatoires, mais comme des effets toxiques secondaires, comparables aux convulsions de l'urémie, de l'alcoolisme, etc. L'auto-intoxication, en un mot, paraît dominer toutes ces expressions symptomatiques.

M. *Chaumier*, de Tours, poursuit ses recherches sur la microbiologie et la nature parasitaire du rachitisme.

M. *Bauzon*, de Chalon-sur-Saône, dit que dans l'ictère des nouveau-nés, qui est un ictère hémaphéique, la faiblesse congénitale est certainement le facteur le plus constant et le plus important de l'étiologie de cet ictère.

La ligature tardive du cordon, loin d'être une cause d'ictère, est au contraire le meilleur moyen d'en préserver les enfants. Avec la ligature tardive, 43 nouveau-nés % au lieu de 20 % sont exempts d'ictère.

Section de Neurologie et de Psychiatrie.

M. *Sollier*, de Paris, fait une communication très importante au sujet de la nature de l'hystérie. D'après lui, l'hystérie est due tout entière à un affaiblissement des centres sensitivo-sensoriels, puisqu'il suffit de réveiller l'activité de ces centres pour voir disparaître tous les accidents hystériques.

M. *Bianchi*, de Naples, fait une classification nouvelle des phrénopathies sensorielles, suivant qu'il y a une ou plusieurs hallucinations, répétées ou isolées comme causes de bouleversement intellectuel et de délire.

Section de physiologie.

MM. *Arloing et Chantre*, de Lyon, ont déduit de leurs expériences les conclusions suivantes d'une grande importance :

1° L'infection purulente chirurgicale peut être produite par le streptocoque seul, pourvu qu'il ait revêtu un état virulent particulier ;

2° Sous des états virulents différents, le streptocoque produit des accidents variés ;

3° Plusieurs des espèces de streptocoques pathogènes reconnues par quelques auteurs ne sont que des variétés d'une même espèce ;

4° Le streptocoque de l'érysipèle, de l'infection purulente, de l'infection puerpérale sous ses diverses formes, n'est que la même espèce sous des virulences différentes ;

5° Il est probable que certains bacilles pyogènes ne sont que des streptocoques modifiés ;

6° Quand on trouvera des bacilles associés au streptocoque pyogène, il sera prudent de ne pas conclure nécessairement à une association microbienne.

MM. *Gley* et *Charrin* insistent sur les effets vaso-moteurs importants des toxines produites par les microbes et en particulier par le bacille pyocyanique.

M. *Abelous*, de Toulouse, croit que les capsules surrénales ont pour fonction de détruire les poisons élaborés au cours de la contraction musculaire, d'où la grande fatigue des animaux privés de ces capsules.

M. *Laborde* expose à nouveau sa belle découverte de rappel à la vie des asphyxiés par les tractions rythmées de la langue.

Section de dermatologie.

M. *Ducrey*, de Naples, proclame la spécificité du chancre mou et du microbe qu'il y a découvert.

M. *Jullien*, de Paris, préconise le traitement intensif mercuriel pour conjurer les complications graves de la syphilis, et l'administre dès le début, sous forme d'injections de calomel à la vaseline, dans le tissu cellulaire sous-cutané des flancs. Pour lui, ce serait presqu'un traitement abortif. Pendant les deux premiers mois, il fait ses injections tous les 15 jours, puis les

espace ensuite de 20 à 25 jours, jusqu'après 6 mois.

M. *Jullien* emploie avec succès l'ichtyol dans le traitement de l'uréthrite chez la femme. Il l'applique au moyen d'une tige métallique dont l'extrémité rugueuse est entourée d'ouate imbibée du médicament ; il passe et repasse l'instrument porte-remède plusieurs fois dans l'urèthre avec une certaine vigueur. C'est aussi à l'ichtyol qu'il a recours pour tuer le gonocoque dans le vagin ou la matrice.

M. *Schwimmer*, de Budapest, vante l'alumnol.

M. *Gavino* prétend guérir tous les cancers épithéliaux de la peau à l'aide du mélange suivant : acide nitrique fumant, 10 grammes ; bichlorure de mercure, 4 grammes ; papier Berzélius, q. s. ad consist. sirup. L'application du médicament est faite au moyen d'un pinceau de coton : au bout de dix à douze jours, on répète la cautérisation ; cela suffit pour faire tomber la tumeur la plus volumineuse. La cicatrisation ne tarde pas à devenir parfaite. ???

MM. *Touton, Brose, Padula, Neisser*, discutent encore la spécificité du gonocoque dans la blennorrhagie et M. *Brose*, de Berlin, estime que, dans le diagnostic des processus blennorrhagiques, il y a lieu de donner plus d'importance aux symptômes cliniques de l'affection qu'à la constatation de la présence ou de l'absence du gonocoque.

M. *Verchère*, de Paris, admet pour la contamination syphilitique la possibilité de l'*imprégnation directe*, telle que l'admet Zeissl, qui la désigne sous le nom d'*infection par simple cohabitation*.

Cette imprégnation rend compte de la plupart des cas si nombreux de syphilis latente, de syphilis ignorée, dont on trouve à chaque instant des manifestations tertiaires chez des gens qui se sont toujours examinés avec le plus grand soin, que l'on stupéfie lorsqu'on leur apprend qu'ils ont la syphilis, alors qu'ils ne se sont jamais aperçus du moindre accident antérieur.

Cette opinion est naturellement fort contestée.

MM. *Neisser, Schwimmer, Sehiff, Maleolm Norris* discutent sur la nature du lichen sans pouvoir s'entendre. Les uns le confondent avec le pityriasis rubra, les autres l'en distinguent absolument.

D'après M. *Hallopeau*, de Paris, les tumeurs mycosiques du mycosis fongoïde sont circonscrites par un rebord convexe à contours nettement arrêtés ; souvent elles se renversent sur lui. Ce rebord peut être lui-même entouré d'une aréole érythémateuse qui en constitue la zone d'extension.

La partie centrale du néoplasme peut rester à l'état de tumeur, ulcérée ou non, saillante ou déprimée ; il peut s'affaisser complètement et n'être plus représentée que par une macule avec ou sans épaississement de la peau ; d'autres fois elle fait place à une cicatrice plus ou moins irrégulière ; d'autres fois encore elle se gangrène en masse. Quand la partie centrale de la tumeur subit l'une de ces évolutions rétrogrades, le bourrelet périphérique persistant peut s'étendre excentriquement en même temps qu'il se détruit dans sa partie interne, soit par résorption interstitielle, soit par gangrène.

La partie ulcérée de la tumeur a souvent l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus, mais sa structure est celle des tumeurs mycosiques ; on y distingue parfois des granulations semblables à celles de la tuberculose. Les néoplasies mycosiques des mamelons peuvent offrir un aspect nettement velvétique.

Les adénopathies constantes et volumineuses dans les formes érythrodermiques peuvent faire complètement défaut dans les cas où il n'y a que des tumeurs, alors même qu'elles sont très volumineuses et ulcérées.

Section de Thérapeutique.

M. *Monin*, de Paris, a obtenu de remarquables succès en administrant aux diabétiques du permanganate de potasse et du maté.

Une quarantaine d'observations de guérisons lui permettent d'affirmer l'action antidiabétique et reconstituante de cette médication, qui agit directement sur le foie et directement sur la nutrition tout entière.

Même dans les formes les plus graves du diabète, le Dr Monin a obtenu des succès inespérés, en dehors même d'un régime alimentaire sévère.

M. *Vigneri*, de Lecce, insiste sur l'utilité des injections sous-cutanées de 25 à 30 grammes d'une solution tiède de chlorure de sodium à 50 %, dans les cas d'anémie grave.

Cette solution concentrée, étant très hygroscopique, attire à elle l'eau des tissus environnants, et est aussitôt absorbée. En pénétrant rapidement dans le courant circulatoire, elle relève la pression sanguine et stimule le cœur défaillant. Le chlorure de sodium absorbé, étant également un tonique cardiaque, contribue puissamment à l'action excitante de l'injection.

D'autres communications ont été faites dans les sections d'Hygiène et de Médecine légale, mais sans grande importance ; s'il y a lieu, nous en parlerons ultérieurement.

En somme, nous concluons comme M. Comby dans la *Médecine moderne* :

« Rien de nouveau n'a été produit au Congrès de Rome, rien d'inédit ne paraîtra dans les prochains Congrès. Et cependant l'avantage des Congrès internationaux est évident, même au point de vue scientifique.

« Il met en relation, en contact, les médecins de tous les pays et de toutes les écoles du monde. Là ces médecins, qui se connaissaient très mal, apprennent à se mesurer, à s'apprécier comme il convient ; bien des préjugés, bien des erreurs d'interprétation se dissipent à la lumière des discussions internationales. »

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les consultations dans les hôpitaux de Paris.

On sait quelles légitimes plaintes soulève depuis longtemps la question des consultations dans les hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens surmenés se dispensant du service de la consultation ou l'accomplissant d'une manière plus que superficielle.

Aussi la réforme s'impose depuis longtemps, et le conseil de surveillance de l'Assistance publique l'a mise à l'ordre du jour.

D'un rapport présenté par M. Périer au nom d'une commission spéciale sur les réformes à apporter dans les services hospitaliers, nous extrayons la partie du règlement qui concerne ces consultations :

Consultations externes.

I. — Il est donné des consultations gratuites dans les hôpitaux et hospices désignés par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance. Les malades devront se présenter aux consultations de l'hôpital de leur circonscription hospitalière.

II. — La consultation sera faite :

1° Soit par les chefs de service, mais sous la condition absolue de s'en acquitter d'une façon personnelle et régulière ; si l'inexactitude d'un chef de service est constatée par le compte rendu trimestriel du service médical, il pourra être relevé du service de la consultation par la direction de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

2° Soit par des médecins ou des chirurgiens du bureau central et, à défaut, par des assistants de consultation. Dans les services de clinique de la Faculté et dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant, la consultation pourra être faite par le chef de clinique ou par le chirurgien du bureau central assistant.

III. — Il ne pourra être désigné par hôpital qu'un assistant de consultation de médecine et qu'un assistant de consultation de chirurgie.

IV. — Les membres du bureau central chargés de la consultation seront désignés pour un an. Pendant leur année d'exercice, ils ne pourront pas prendre part au service des remplacements sauf le cas prévu à l'article 39.

V. — Les assistants de consultation seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la désignation des médecins ou chirurgiens des hôpitaux auxquels ils devront être attachés.

VI. — Pour la désignation de l'assistant de consultation de médecine, le plus ancien des médecins de l'hôpital réunira ses collègues dans le bureau du directeur de l'établissement et présidera la réunion. En cas de partage des voix, il aura voix prépondérante. Pour la désignation de l'assistant de chirurgie, il sera procédé de même par le plus ancien des chirurgiens de l'hôpital.

VII. — Les assistants de consultation devront être choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

VIII. — Ils seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service.

IX. — Ils n'auront dans les hôpitaux auxquels ils seront attachés aucune autre attribution que le service de la consultation.

X. — Ils auront droit chaque année à un congé de quinze jours. Les congés ne pourront leur être accordés du 1er juillet au 1er novembre. Sauf les cas de force majeure, le nombre des assistants de consultation de médecine ou de chirurgie simultanément en congé ne pourra dépasser les deux tiers du nombre des assistants suppléants de médecine et de chirurgie.

XI. — Les membres du bureau central chargés de la consultation et les assistants de consultation seront remplacés, pendant leurs congés, par les assistants de consultation suppléants.

XII. — Les médecins ou chirurgiens titulaires, qui auront gardé le service de la consultation, seront remplacés dans ce service, pendant leurs congés, par le médecin ou chirurgien du bureau central, ou par l'assistant de consultation attaché à l'hôpital, et à défaut, par un assistant de consultation suppléant.

XIII. — Les assistants de consultation suppléants seront nommés par le directeur de l'Administration sur une liste double de candidats choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, liste dressée par une commission composée :

Pour les assistants suppléants de médecine :

Du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, président ;

Du président de la Société médicale des hôpitaux ;

Du président de la Société des médecins du bureau central.

Pour les assistants suppléants de chirurgie :

Du représentant des chirurgiens au Conseil de surveillance, président ;

Du président de la Société des chirurgiens ;

Du président de la Société des chirurgiens du bureau central.

Le nombre des assistants de consultation suppléants pourra être de 8 au maximum, dont 4 pour la médecine et 4 pour la chirurgie.

XIV. — Il sera alloué aux membres du bureau central chargés de la consultation, aux assistants et aux assistants suppléants de consultation un jeton de présence de cinq francs pour chaque consultation. Le nombre des jetons sera porté à deux pour les hôpitaux excentriques conformément au tableau ci-après annexé.

XV. — Les chefs de service faisant la consultation, les chirurgiens assistants et les chefs de clinique seront assistés à la consultation par des élèves de leurs services.

XVI. — Les membres du bureau central et les assistants de consultation seront assistés par un ou deux externes pris au dehors des services de l'hôpital et spécialement affectés au service de la consultation.

XVII. — Il ne sera délivré aucun médicament à la consultation, mais les ordonnances délivrées aux malades nécessiteux seront servies gratuitement par les bureaux de bienfaisance de la circonscription hospitalière, à la condition :

1° Que le malade aura sa résidence dans la circonscription ;

2° Que son état de gêne aura été constaté par l'apposition, sur l'ordonnance, du visa du maire ou de son délégué ;

3° Que les ordonnances seront signées et datées lisiblement de la main même du chef du service de la consultation, et dans aucun cas par l'un des élèves, et que les prescriptions se renfermeront, au point de vue de la nature et des quantités des médicaments, dans les limites imposées aux médecins du service à domicile. Ces dépenses seront remboursées sur état au bureau de bienfaisance par l'Administration centrale.

XVIII. — A l'exception des pansements d'urgence, aucun appareil ou objet de pansement ne pourra être délivré que sur le vu d'un certificat de la mairie attestant l'état de gêne du malade.

Consultations des services spéciaux.

XIX. — Les consultations des services spéciaux de médecine et de chirurgie, sont assurées directement par le chef de service et sous sa responsabilité personnelle.

XX. — Des assistants pourront être adjoints aux services spéciaux de médecine ou de chirurgie, par arrêté du directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

XXI. — Ils seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la présentation du chef de service, et seront choisis parmi les membres du bureau central ou les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ces derniers seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service conformément au paragraphe 8 du présent article.

XXII. — Les dispositions des paragraphes 4 et 5 de l'article 26 leur seront applicables.

Consultations pour maladies spéciales rattachées à des services généraux de médecine et de chirurgie.

XXIII. — Des consultations pour maladies spéciales peuvent être annexées, à la demande des chefs de service, à des services de médecine ou de chirurgie par arrêté du directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance, à la condition d'être directement assurées par le chef de service ou par le chirurgien assistant dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant.

XXIV. — Les chefs de service spéciaux, à défaut d'assistants nommés par le directeur de l'Administration, et les chefs de service autorisés à annexer une consultation spéciale à leur service, pourront se faire assister, à leur choix et sous leur responsabilité personnelle, pour le service de la consultation, par un docteur en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

XXV. — Ces assistants bénévoles devront être agréés par le directeur de l'Administration. Les dispositions du paragraphe 8 relatives à la durée des fonctions leur seront appliquées.

XXVI. — Des médicaments ou des appareils pourront être délivrés aux consultations spéciales aux malades, qui auront justifié de leur état de gêne par une attestation de la mairie de leur arrondissement.

XXVII. — Les listes des médicaments et des appareils qui pourront être délivrés seront arrêtées chaque année par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

Secours de maladie.

XXVIII. — Des secours de maladie, en nombre limité pour chaque hôpital, pourront être délivrés par le directeur de l'Administration, sur la proposition des chefs de service de la consultation, aux malades qui ne paraîtraient pas devoir être admis à l'hôpital, ni renvoyés au traitement à domicile. Ces secours seront payés sur bons par le bureau de bienfaisance et remboursés par l'Administration centrale.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation du Gard.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Mazel (Anduze), membre du Concours et président du Syndicat médical des Basses-Cévennes.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement d'Alais.

M. le Dr Auphan (Alais), président de la Société locale.

M. le Dr Carron (Anduze), membre de l'Association amicale, de la Société locale et du Concours.

Arrondissement de Nîmes.

M. le Dr Dussaud, à Nîmes, membre du Syndicat.

Arrondissement du Vigan.

M. le Dr Balestrier (Le Vigan), membre du Syndicat.

Arrondissement d'Uzès.

M. le Dr Bourguet (Sommières), membre du Syndicat.

Exemple à suivre.

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles a mis, jeudi dernier, à l'ordre du jour de sa réunion, la question d'adhésion à l'Association amicale. Nous avions eu, dans ce Syndicat, la bonne fortune d'entendre plusieurs fois M. Cézilly nous parler de son projet, des controverses qu'il avait soulevées, des transformations qu'il avait subies, des espérances qu'il faisait concevoir. La semence ainsi jetée par le président nous a fourni ample moisson, car treize membres du Syndicat, sur les vingt-quatre dont il se compose, sont entrés dans notre Association.

Puisse chaque séance des Syndicats médicaux et des Sociétés locales nous amener ainsi, sous l'impulsion de nos délégués, un grand nombre d'adhésions nouvelles !

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

5 *décembre* 1893.

Présents : MM. Luneau, *président* ; Moussier, Patoureau, Blaizot, Ollive, Polo, Landois, Perrion, Heuzé (de Sautron), Joüon (Léon), Joüon (Louis), Finck, Bourdon, Saquet, Chenantais, Crimail, Gourraud, Houeix de la Brousse, Redureau, Malherbe, Cailleteau, Porson, Dorain, Bécigneul.

Revision des Statuts.

M. LE PRÉSIDENT annonce, à l'Assemblée, que la Chambre syndicale a cru bon, au moment où les Syndicats médicaux vont jouir d'une existence légale, de reviser les Statuts ; c'est dans le but de soumettre les modifications, que le temps a fait juger bon d'y apporter, à l'approbation des membres du Syndicat, qu'on les a rassemblés aujourd'hui.

Tout d'abord, on décide à l'unanimité de changer le titre d'*Association syndicale* en celui de *Syndicat.*

Les modifications, votées ensuite, par l'Assemblée portent sur :

L'article 1er qu'on complète en indiquant l'article de la loi du 30 novembre 1892 qui autorise la création des Syndicats ;

Les articles classés dans le *titre III*, relatifs aux admissions. Désormais *chaque présentation sera mise à l'ordre du jour de la Réunion qui en suivra la demande, et tout candidat devra être présenté par deux membres.*

Les articles 9, 10 et 11 sont adoptés à peu près dans les mêmes termes que ceux où ils avaient été rédigés dans la séance du 31 janvier de cette année.

L'article 16 des précédents Statuts, qui concernait le nombre des réunions, devient l'article 15 des nouveaux, avec de profondes modifications : les réunions, au lieu d'être mensuelles, seront trimestrielles, à moins que des réunions supplémentaires ne soient jugées utiles par le Bureau, et l'Assemblée générale de janvier restera la plus importante, puisque c'est dans cette Assemblée que l'on procède aux élections et aux modifications reconnues nécessaires au règlement.

L'article 16 nouveau établit une règle qui n'existait pas dans les précédents statuts. En voici le texte : « Aucune question ne pourra être portée à l'ordre du jour sans que le Président en ait été préalablement avisé. »

L'article 19 ancien faisant une obligation aux membres syndiqués d'assister aux réunions a été supprimé.

Les articles suivants ont été maintenus avec de simples modifications de détail.

L'article 29, ancien, fixait le montant des cotisations au chiffre uniforme de 12 francs, en laissant à chaque Cercle le droit de prélever la moitié de cette somme pour subvenir à ses besoins. Le nouvel article qui porte le numéro 26 fixe à 12 francs le montant des cotisations des membres du Syndicat, qui habitent Nantes ou les communes suburbaines, et à 6 francs celle des autres membres, laissant ainsi à chaque Cercle, s'il s'en formait, toute liberté pour imposer à ses adhérents une cotisation quelconque.

Toutes ces modifications sont adoptées à l'unanimité ou à la majorité des membres présents.

Certificats délivrés aux Compagnies d'assurances.

La discussion roule ensuite sur les certificats réclamés aux médecins par les Compagnies d'assurances contre les accidents. Il n'est pris aucune décision à ce sujet.

Le secrétaire des séances,
Dr Bécigneul.

REPORTAGE MÉDICAL

La répartition des eaux de source dans les divers quartiers de Paris :

Il y a 3 réseaux, celui de la Dhuys, celui de l'Avre et celui de la Vanne.

La Dhuys est reçue dans le réservoir de Ménilmontant. A l'eau de la Dhuys se mêle en général l'eau de la Marne prise au drain de Saint-Maur. Il faut ajouter que le réservoir de Ménilmontant étant très souvent insuffisant, on y ajoute en la refoulant la quantité nécessaire d'eau de Vanne. Le réseau de la Dhuys a pour tributaires le XXe, le XIXe, le XVIIIe et une partie du XVIIe arrondissement (jusqu'à la fourche de l'avenue de Clichy).

L'Avre ne dessert que le XVIe arrondissement et une partie du VIIe jusqu'à l'Elysée.

Le reste de Paris, c'est-à-dire les Ier, IIe, IIIe, IVe, V^e^, VIe, VIIe, partie du VIIIe, IXe, X^e^, XIe, XIIe, XIIIe, XIVe et XVe arrondissements, est alimenté par l'eau de la Vanne.

(*Médec. moderne.*)

— M. *Georges Berry* a déposé un projet de loi qui diminue, d'une façon notable, la patente médicale. Nous ferons nos efforts pour faire appuyer, par nos confrères, députés, l'utile réforme proposée par le député de la Seine.

— Le *Congrès de chirurgie* aura lieu à Lyon. C'est la décision prise par un vote émis par 291 membres, dont plus de 100 ont voté pour Lyon.

— M. le Dr *Plicque*, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté, vient de publier un précis de clinique thérapeutique, qu'on peut se procurer à la librairie d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

— Il vient de se fonder, sous la présidence du docteur *Monin*, une Œuvre pour la protection de l'enfance, qui s'occupera activement d'enrayer l'effrayante mortalité infantile.

Cette Œuvre a pour but d'aider à la création de crèches et à propager la vaccine. Elle se propose, en outre, d'organiser, aux environs de Paris, une maison de convalescence pour les petits Parisiens anémiés ou prédisposés à la tuberculose.

Adresser les souscriptions à Mme Allart-Sain, vice-présidente, 127, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine.

— *Association des médecins de la Seine.* — Le Dimanche 29 avril, aura lieu à 2 heures *très précises*, l'Assemblée générale annuelle de l'Association dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président. Recettes de l'année 1893 : 59.908 fr. 90. Dépenses 59.795 fr. 10 dont 46,920 francs de secours.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3896. — M. le docteur Laguens, de Castillon (Gironde), membre de l'Association des médecins de la Gironde.

N° 3897. — M. le docteur Castan, de Pignan (Hérault), membre du Syndicat de Montpellier.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Questions professionnelles. Causeries pour les Médecins. (*Deuxième série*) par le docteur L. Grellety, médecin consultant à Vichy, secrétaire de la Société de thérapeutique, etc. Prix : **4** francs.

Dans ce nouveau volume, l'auteur s'est occupé avec beaucoup d'humour et de bon sens, de la plupart des problèmes professionnels, dont la solution intéresse si vivement le corps médical. — Il indique les réformes à réaliser, prêche la concorde aux confrères désunis, fait l'apologie de la profession, surtout du médecin de campagne, et critique fort plaisammemt les abus et les travers dont nous sommes victimes. Mais ses sarcasmes n'ont rien d'amer; on pourrait même lui reprocher d'avoir gardé trop de réserve dans ses railleries. — En somme, c'est un ouvrage aussi attrayant que réconfortant, écrit d'une plume alerte, et que vous ferez bien d'emporter avec vous, pour le parcourir dans l'intervalle de vos visites ; il vous aidera à passer le temps d'une façon fort agréable.

Sommaire : Nouvelles à sensation. — Les si... — Apologie du médecin de campagne. — Invidia medicorum. — Malentendus. — Le mal et le bien qu'on a dit des médecins. — Devons-nous fumer? — Respect aux anciens. — Progrès et réformes à réaliser. — La tenue médicale. — L'hygiène et la question sociale. — Alcool et morphine. — Déboires professionnels. — Sursum corda. — Temps perdu. — Thérapeutique musicale. — Horrible cauchemar. — Vélocipédomanie. — Le médecin Tant-mieux et le médecin Tant-pis. — Souhaits de nouvel an. — La petite lumière. — Le travail dans les hôpitaux. — Le lit à deux. — L'épilation. — La frigidité chez la femme. — Place aux enfants. — Les médecins au Louvre. — La liberté internationale. — Vive Vichy !

Le Directeur-Gérant : A. Cezilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année  N° 18 5 Mai 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hystérie et sa nature.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de reproduire ici la communication de M. le Dr *Sollier*, au Congrès de Rome, sur la nature de l'hystérie : ces faits sont d'une importance capitale pour la médecine légale et observés avec toute la rigueur scientifique désirable :

« En me basant sur les modifications de la mémoire suivant l'état de guérison ou de maladie, sur le parallélisme des troubles de la sensibilité et des accidents hystériques, sur les phénomènes que j'ai observés chez les sujets auxquels, en état d'hypnose, on enlève et on rend les divers modes de sensibilité, enfin et surtout sur l'insomnie rebelle dont sont frappées un grand nombre d'hystériques, je suis arrivé à me convaincre que l'insomnie des hystériques n'était due qu'à ce que ces malades étaient dans un état de vigilambulisme plus ou moins profond.

« Quand on plonge ces sujets dans un état d'hypnose profonde et qu'on leur ordonne de se réveiller *complètement*, au lieu de se réveiller dans l'état de personnalité où elles étaient avant d'être endormies, on constate qu'elles sont dans un état de personnalité antérieure, qui les reporte à plusieurs années en arrière. J'ai observé ce phénomène chez des hystériques à manifestations très différentes, et qui n'avaient comme caractères communs, malgré l'apparence très bénigne de l'affection chez quelques-unes, qu'une insomnie plus ou moins complète.

« La première conclusion qui ressort de ces faits, c'est que les hystériques qui ne dorment pas sont en réalité plongées dans un état de somnambulisme, ou, pour mieux dire, de vigilambulisme permanent. Certains troubles de la sensibilité se modifiant par ce réveil, qu'on peut obtenir de diverses façons, et certains accidents hystériques disparaissant aussitôt, j'ai recherché si tous les troubles hystériques n'étaient pas dus en réalité à de simples troubles de la sensibilité, soit sensorielle, soit viscérale, laquelle est mal connue et mal étudiée.

« Les hystériques ainsi ramenées à un état de personnalité antérieure, à un état prime, dans lequel elles ont encore des stigmates, des troubles de la sensibilité, ou des troubles moteurs ou viscéraux, peuvent revenir à l'état normal. Il suffit pour cela de les plonger dans un état d'hypnose profonde, et de leur ordonner alors par simple commandement de *sentir* leurs membres ou leurs différents viscères.

« Le retour de la sensibilité et de la cénesthésie s'accompagne de réactions très caractéristiques, très spéciales, toujours les mêmes chez toutes, et amène la disparition de tous les troubles et de tous les stigmates. Les sujets se trouvent ramenés en même temps à un état de personnalité encore plus ancien que par le réveil simple et elles ont complètement perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé depuis l'époque où elles se trouvent ramenées. Pour rappeler ces souvenirs, rétablir la continuité de leur personnalité et de leur existence, il suffit, par le même procédé que pour les viscères, de réveiller la cénesthésie du cerveau.

« Au fur et à mesure que celle-ci reparaît, les souvenirs reviennent par périodes jusqu'à ce qu'enfin les malades, arrivées à l'époque actuelle, se réveillent spontanément dans un état normal, qu'il ne s'agit plus que de maintenir pour assurer la guérison.

« La seconde conclusion, c'est que l'hystérie est due tout entière, que ses manifestations soient d'ordre intellectuel, moteur ou sensitivo-sensoriel, à un affaiblissement — sur la cause duquel

je ne saurais encore me prononcer — des centres sensitivo-sensoriels, puisqu'il suffit de réveiller l'activité de ces centres pour voir disparaître tous les accidents hystériques.

« Quant aux déductions psychologiques et thérapeutiques que l'on peut tirer de ces faits, je me réserve de les faire connaître ultérieurement. Au point de vue du traitement de l'hystérie, j'ai pu toutefois guérir par ce procédé quelques malades qui avaient résisté jusque-là à tous les traitements, mais il n'y a pas assez longtemps que les résultats ont été obtenus pour que l'on puisse affirmer, ni même prévoir la portée pratique de ces données nouvelles. »

M. Sollier affirme que les troubles de la sensibilité et particulièrement de la cénesthésie sont fondamentaux dans l'hystérie, et qu'il suffit de réveiller la sensibilité complète pour en voir disparaître tous les accidents.

L'isolement et le traitement psychologique sont les meilleurs moyens de provoquer ce réveil de la sensibilité ; on ne doit recourir à l'hypnotisme qu'en dernier ressort.

Traitement des ulcères de jambes.

Les remèdes abondent pour le traitement des ulcères de jambes, mais aucun ne peut être qualifié parfait.

Unna, de Hambourg, qui s'occupe beaucoup de cette question depuis longtemps, préconise le mélange suivant :

Oxyde de zinc........ Gélatine..............	ãã 20 parties.
Glycérine............. Eau distillée.........	ãã 80 parties.

Ce mélange, à la température ordinaire, constitue une masse blanche, gélatiniforme, fondant facilement dès qu'elle est chauffée.

Ce pansement est bon marché, n'empêche pas les malades de s'adonner à leurs occupations et ne demande pas de soins bien particuliers.

L'auteur formule comme suit la manière de le préparer.

On commencera par faire prendre au malade un bain de pied chaud et l'on nettoiera soigneusement la jambe, et surtout la plaie et les tissus environnants, en la frictionnant avec une brosse imbibée d'eau savonneuse (savon vert) ; on désinfectera ensuite les plaies avec une solution de sublimé au millième ; les plaies sont-elles douloureuses, on les frictionnera énergiquement avec des compresses de gaze imbibées de la même solution de sublimé ; après quoi, elles seront nettoyées avec des tampons d'ouate; enfin, on saupoudrera les plaies de dermatol. (Les malades sont-ils suspectés de syphilis, on prescrira à l'intérieur de l'iodure de potassium.) C'est alors qu'on badigeonnera la jambe dans toute son étendue, depuis les orteils jusqu'au genou, de gélatine zinguée liquéfiée, et on appliquera 4 tours d'une bande de tarlatane, dont chaque couche sera recouverte de gélatine. Le pansement demande peu de temps pour sécher. Ce n'est qu'en cas de sécrétion exagérée que l'on sera obligé de le changer toutes les semaines.

La lumière tue les bacilles diphthériques.

D'après M. le Dr *Ledoux-Lombard*, la lumière solaire agit sur les cultures maintenues à l'étuve, aussi bien que sur le bacille contenu dans les fausses membranes ; la destruction en est d'autant moins active que les membranes sont plus épaisses ou à peine accessibles aux rayons lumineux.

La lumière doit donc être considérée comme un agent prophylactique de la diphthérie et on a remarqué d'ailleurs depuis longtemps que cette maladie, essentiellement hivernale, ce qui peut d'ailleurs tenir à des causes diverses, est rarement épidémique en été.

Le pouvoir de tuer le bacille diphthérique appartient, non seulement à la lumière du soleil, mais à la lumière dispersée par les nuages, à celle des espaces bien éclairés, quoique sans soleil. Exposés à ces rayons d'intensité décroissante, les bacilles diphthériques meurent en quelques heures, en quelques jours, qu'ils flot-

---

FEUILLETON

Conseils d'un vieux médecin de campagne à son petit-fils.

— La médecine est un art, qui s'appuie sur la science et s'inspire de l'observation.

Le médecin doit donc être un *artiste* doublé d'un *savant*.

— En chirurgie surtout et en médecine physiologique, expérimentale et même empirique, c'est l'art qui doit guider.

En médecine hygiénique, prophylactique et clinique, il faut consulter la science.

En obstétrique comme en chirurgie, les données sont beaucoup plus nettes et presque mathématiques.

Dans la pratique médicale, en général, on ne peut pas avoir une règle absolue.

C'est surtout là, *qu'il* faut laisser le champ libre à l'observation (ars tota in observationibus), et à *l'opportunisme*.

— Le fanatisme, en médecine, doit être absolument proscrit, aussi bien qu'en religion et en politique.

— Malgré tous les progrès nouveaux, nous sommes encore loin de la certitude.

— L'expérience ne doit pas être la routine, mais bien le progrès, avec l'éclairage des découvertes modernes, qui sont dues bien souvent au hasard et à l'esprit d'observation.

— Il faut voir la médecine de haut, pour l'apprécier en bas.

— Le médecin, quelque mérite qu'il ait, doit avoir sa personnalité en très mince considération, mais doit avoir sa profession en très haute estime.

— Expérience passe science, chez le médecin honnête et consciencieux.

— Le doute, en médecine, est un signe de conscience et d'honnêteté, et ne doit jamais être interprété comme un signe de faiblesse et d'incapacité.

— Les maladies ne sont pas des entités morbides toujours identiques, mais varient suivant une foule de circonstances, de milieu, de temps, de constitutions médicales et d'individualités.

Le professeur Lépine a dit : pas d'espèces

tent dans l'air à l'état de poussières microscopiques ou se déposent sur les objets, sur les surfaces en plein jour, ou encore qu'ils soient en suspension dans des eaux limpides et peu profondes.

Lorsqu'on a débarrassé les salles qu'ont habitées les diphthériques des meubles et surtout des étoffes et linges qui cachent souvent dans leur replis des matières virulentes et les conservent des semaines et des mois à l'abri des causes de destruction, lorsqu'on a enlevé tout ce qui peut être souillé par les débris de fausses membranes, la lumière achève à son tour l'œuvre de désinfection, elle rend inoffensives toutes ces particules invisibles qui recèlent des germes de diphthérie et font de la chambre du malade un foyer d'infection.

Il faut profiter de ce phénomène tout naturel et l'appliquer au traitement des diphthériques.

MÉDECINE PRATIQUE

La méthode réfrigérante dans les phlegmasies thoraciques.

Une méthode dont on parle beaucoup depuis quelques mois dans les Sociétés médicales, est assurément la méthode réfrigérante dans les phlegmasies thoraciques broncho-pulmonaires. M. *Le Gendre*, d'un côté, et M. *Jullien*, de l'autre, ont communiqué des observations si remarquables, que nous ne pouvons passer plus longtemps sous silence un mode de traitement aussi efficace qu'extraordinaire.

I

LES ENVELOPPEMENTS FROIDS THORACIQUES DANS LES CONGESTIONS PULMONAIRES.

M. *Le Gendre* dit, à propos de ce procédé thérapeutique qu'il est simple, pratique, toujours inoffensif et très souvent d'une remarquable efficacité dans les affections de l'appareil respiratoire. Le Dr *Thomas Mays*, de Philadelphie, vante, lui aussi, les excellents résultats qu'il a obtenus, par ce moyen, dans les pneumonies. Bien des médecins allemands professent la même opinion.

Voici l'exposé de la méthode d'après M. Le Gendre :

« On prend une pièce de gaze pliée, en huit doubles, d'une hauteur suffisante pour aller de l'ombilic jusqu'au sommet du thorax, assez longue pour entourer complètement celui-ci au moins une fois ; on taille un morceau de taffetas gommé de la même dimension. La compresse de gaze est trempée dans l'eau froide à la température de la chambre ; on peut additionner l'eau d'une certaine quantité d'alcool ou l'employer à une température inférieure en y ajoutant plus ou moins de glace, mais cette eau glacée n'est utile que dans des circonstances particulières, où on veut provoquer une réaction très énergique. Quand on veut pratiquer l'enveloppement, on déshabille rapidement le sujet ou on relève simplement sa chemise en lui tenant les bras élevés. On prend la compresse imbibée d'eau, on l'exprime assez pour qu'elle reste simplement humide, et on l'applique autour du thorax, de manière que le bord supérieur affleure le creux axillaire, tandis que le bord inférieur passe en arrière au niveau de la région lombaire, et en avant au niveau de l'ombilic ; on l'applique assez exactement pour éviter qu'il ne se forme des plis et par-dessus on enroule non moins exactement la toile imperméable. Le sujet est ensuite recouché.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les malades, et particulièrement les enfants, protestent à peine contre cet enveloppement froid ; au premier moment quelques-uns poussent un petit cri de saisissement, mais très rapidement la sensation réfrigérante pénible disparaît. »

M. Thomas Mays emploie la glace fondante ; par conséquent, il refroidit le thorax encore davantage, et prolonge l'application pendant huit, dix et quinze jours consécutifs.

---

morbides, mais seulement des types variés avec une infinité de gradations.

Quelques-uns ont dit : Il n'y a point de maladie, il n'y a que des malades, de même que d'autres ont dit aussi, dans le même ordre d'idées : Il n'y a point de clients, il n'y a que des malades.

De part et d'autre, il y a exagération : Dans le premier cas, ce serait nier la science médicale ; dans le second cas, ce serait nier absolument la reconnaissance et le Souvenir.

— Des hommes très compétents et très sérieux ont dit aussi : Pour être bon médecin, il ne faut pas être mathématicien.

Descartes, qui était un philosophe, un logicien en mathématiques, n'a pas voulu entendre parler de la découverte d'Harvey et de la théorie sur la circulation du sang.

Il est bien évident qu'on ne peut mettre en équation les problèmes de la médecine.

On doit dire comme conclusion :

Toutes les Sciences se tiennent et s'enchaînent et les mathématiques les dominent toutes, les pénètrent toutes par en haut.

— Je crois devoir ajouter, avec le professeur Hayem : Toutes les Sciences, dont l'homme peut être fier à bon droit, ne sont que les esclaves de la médecine ; elles ne méritent une étude approfondie que parce que la médecine les féconde, en les faisant concourir à un but humanitaire.

— Hippocrate fut le père de la médecine et le premier observateur (ses aphorismes ont fait loi et sont peut-être trop abandonnés ou oubliés aujourd'hui).

— Les découvertes modernes microbiennes, biologiques ou chimiques ne doivent pas supprimer et anéantir les fondements de la médecine hippocratique.

— Hippocrate faisait de l'art ; de nos jours, Pasteur fait de la science et doit être considéré comme le plus grand savant.

Si j'étais bien malade, je consulterais encore Hippocrate.

Si j'étais en bonne santé et que je veuille me prémunir contre les éventualités morbides, faire, en un mot, de l'hygiène prophylactique, je consulterais Pasteur.

Dr Béraud.

Nous savons que le moyen est excellent et réussit parfaitement dans les amygdalites aiguës, phlegmoneuses même (Gouguenheim), dans les laryngites aiguës, spasmodiques striduleuses. Mais on n'ose généralement pas appliquer le même procédé quand la congestion descend plus bas. Et cependant, partout où il y a prédominance de l'élément fluxionnaire à invasion brusque, les compresses humides froides, renouvelées fréquemment et continuellement appliquées, amènent un soulagement de la douleur par diminution de l'afflux sanguin du côté des muqueuses.

Le Gendre applique les compresses froides dans les bronchites aiguës accompagnées de congestion pulmonaire, dans les congestions actives du début de la rougeole, de la scarlatine, dans toutes les broncho-pneumonies, les congestions de l'asthme, et même de la tuberculose pulmonaire. *Mays* les applique à la pneumonie franche aiguë.

Il est un point sur lequel on doit spécialement insister, c'est que les applications froides sont indiquées dans les hyperémies *actives et brusques* du parenchyme pulmonaire et non dans l'hyperémie *passive, graduelle,* due à la stase veineuse.

La plupart du temps, dans le cours d'une bronchite, il se produit des fluxions pulmonaires subites, qui se manifestent par une aggravation générale des symptômes : la fièvre s'allume, la respiration s'accélère, les mouvements devenant d'autant moins amples qu'ils sont plus fréquents ; en même temps, se montrent la rougeur du visage, l'éclat inaccoutumé des yeux, l'agitation, l'insomnie ; la toux devient sèche, incessante. L'examen stéthoscopique montre que les signes de la congestion pulmonaire se sont ajoutés à ceux de la bronchite, râles sous-crépitants fins, et respiration rude presque soufflante, avec submatité notable à la percussion. « Si, à ce moment, on pratique l'enveloppement du thorax dans les compresses froides, renouvelées de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure, on ne tarde pas à voir le tableau clinique se transformer comme par enchantement. Au bout de quelques minutes, le rythme respiratoire est déjà modifié, les mouvements du thorax se ralentissent et deviennent plus amples, on peut les voir diminuer de moitié en peu de temps ; l'agitation se calme ; l'enfant, qui ne voulait pas rester dans son lit autrement qu'assis, se recouche et souvent s'endort ; et tel est le soulagement qu'il éprouve que, s'il avait protesté contre les premières applications de compresses, il les accepte alors avec plaisir ou les réclame. Bientôt la toux devient moins fréquente et plus grasse ; en quelques heures, la congestion s'est dissipée et la bronchite seule suit son cours. »

Dans la pneumonie, mêmes résultats :

Lorsqu'on a constaté dans un endroit quelconque du poumon, l'absence du murmure respiratoire, de la respiration tubaire, de la matité à la percussion, on peut s'assurer que l'enveloppement froid a une influence remarquable en très peu de temps ; à l'auscultation, on note la présence de crépitations, la réapparition du murmure respiratoire, et la diminution de la matité. La température diminue de 2 à 3 degrés, la douleur cesse, la toux et l'expectoration sont améliorées.

Dans la broncho-pneumonie, même rubéolique, M. Le Gendre affirme que les résultats des enveloppements froids sont supérieurs aux ventouses, aux cataplasmes sinapisés, aux vésicatoires surtout. Ces moyens sont généralement lents et présentent de multiples inconvénients. Il est certain qu'une fois le vésicatoire placé, la région est comme immobilisée pendant un certain temps et inaccessible à une nouvelle révulsion. A moins de couvrir le corps de plaies faciles à infecter, on ne peut appliquer indéfiniment des vésicatoires. Tout le monde ne sait pas mettre des ventouses et souvent, on se heurte à des difficultés pécuniaires, si on veut les faire appliquer par un ventouseur. Enfin, les cataplasmes sinapisés n'ont qu'une action trop éphémère et trop peu intense dans les cas graves.

Les enveloppements froids ne peuvent évidemment pas guérir à eux seuls les foyers de broncho-pneumonie. Ce qu'ils calment, c'est en premier lieu *la dyspnée* et en second lieu, *l'hyperthermie* et tout son cortège nerveux. Il faut donc leur adjoindre les toniques, l'alcool, le quinquina, la digitale, la caféine, les antiseptiques respiratoires, créosote, eucalyptus, térébenthine, et les boissons abondantes chaudes. M. Le Gendre vante son procédé surtout chez les tout jeunes enfants et cite de nombreux cas où le succès fut complet et indiscutable. Or, c'est précisément, chez les plus jeunes enfants que la vésication réitérée est pleine de dangers par les portes qu'elle ouvre aux infections secondaires et l'influence qu'elle peut exercer sur la fonction rénale.

Dans les affections chroniques à poussées aiguës, comme la tuberculose, l'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème, les congestions pulmonaires rapides surviennent parfois et aggravent singulièrement le pronostic. Les enveloppements froids ont encore ici leur indication fort nette, mais naturellement les succès complets sont plus rares.

Le mécanisme de l'action du froid dans la décongestion du poumon est double :

« 1° il soustrait de la chaleur, et refroidit le sang ;

« 2° il stimule l'activité nerveuse vaso-motrice, puisque les malades, qui s'engourdissaient peu à peu dans le demi-coma de l'asphyxie, ne tardent pas à sortir de la torpeur, à boire et même à causer ; mais, au point de vue de la modification imprimée au processus pulmonaire, la part principale revient peut-être à l'action révulsive, rubéfiante exercée sur la peau du thorax. Après quelques applications de la compresse humide recouverte de l'enveloppe imperméable, toute la surface thoracique est d'une rougeur intense, uniforme, plus chaude au toucher que les autres parties du corps, et, au bout de plusieurs heures d'application, on voit souvent un vrai semis de petites papules d'un rouge plus foncé encore, se détacher sur la peau rubéfiée.

« Cet érythème papuleux est très comparable à celui que provoquent tant de révulsifs chimiques, sur lesquels il a cet avantage de ne pouvoir désorganiser profondément l'épiderme. Il ne produit qu'une petite desquamation épidermique, même quand on prolonge l'emploi plusieurs jours de suite. En effet, il ne faut pas craindre de s'en servir aussi longtemps qu'il est

nécessaire, et d'y revenir à chaque nouvel assaut congestif.

II.

APPLICATIONS DE GLACE SUR LE CŒUR.

Chose assez curieuse, c'est un chirurgien, M. le Dr *Jullien*, qui préconise l'application de la glace sur le cœur.

Hâtons-nous de dire qu'il ne prétend pas en avoir eu l'idée le premier ; il y a 8 ou 10 ans que des expériences ont été faites sur des animaux par un auteur Italien.

Ici, plus de compresses froides, mais un sac de caoutchouc rempli de glace concassée, placé sur la région précordiale et maintenu au besoin par un cerceau auquel on l'a suspendu.

Les effets bienfaisants se manifestent de quinze à vingt minutes après le début de l'application, et atteignent leur maximum au bout d'une heure ; il est vrai qu'ils cessent très vite, dès qu'on la suspend, mais il n'y a aucun danger à la prolonger tant que l'état général reste précaire, et prépare la réapparition de l'hyperthermie et de la tachycardie. Dans certains cas, on a vu la hauteur de la pulsation tripler, ce qui signifie pouls plus ample, plus plein, plus tendu, disparition du dicrotisme, des intermittences, des irrégularités, durée de la diastole plus grande.

Le sang des veines pulmonaires est attiré avec plus de force dans l'oreillette, et de là dans le ventricule gauche, ce qui amène la déplétion du système pulmonaire au profit de la circulation cardiaque, et en même temps fait disparaître les congestions du poumon. Il en résulte également qu'une plus grande quantité de sang traverse le filtre rénal, et ainsi se trouve facilitée l'élimination par les reins. En même temps, la circulation cérébrale devenue plus active, donne au malade une sensation de bien-être particulier.

L'expérimentation sur les animaux avait démontré la possibilité d'élever rapidement la pression sanguine de 120 à 170 et même 190 millimètres, et de diminuer le nombre des pulsations dans une proportion considérable ; ces résultats sont confirmés par la clinique.

Une particularité à signaler, qui peut avoir son utilité, c'est que les effets de l'alcool et de l'atropine sur la circulation, sont en partie neutralisés par la vessie de glace. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisque l'alcool a la propriété d'abaisser la pression sanguine, en paralysant les vaso-moteurs, et que l'alcaloïde de la belladone augmente le nombre des pulsations en paralysant le nerf vague. Il y a donc, là, une ressource possible dans certains cas d'empoisonnements.

Depuis longtemps déjà, on applique la vessie de glace dans l'endo-péricardite aiguë ; si le froid n'empêche pas les cultures microbiennes de proliférer et de détruire les valvules cardiaques, du moins, la stimulation énergique de la circulation permet au cœur d'expulser rapidement le sang infecté et de lutter contre les funestes effets de la sténose mitrale.

III

DISCUSSION. CONCLUSIONS.

Il nous a semblé nécessaire d'exposer avec toute sincérité les résultats que de sagaces observateurs ont signalés, sans pour cela prendre parti définitivement ni pour, ni contre.

A priori, la méthode de réfrigération prolongée sera admise facilement dans les affections cardiaques, peut-être même aussi dans les hyperthermies graves, sans affection cardiaque.

Mais là où elle heurte les préjugés du monde, je puis même dire, des médecins, c'est dans son application aux affections thoraciques, bronchites, bronchopneumonies, pneumonies. Combien de médecins vont se récrier contre une telle pratique ? Je ne parle pas des familles, des malades ; oh ! pour ceux-là, il leur faudra une confiance inébranlable dans leur médecin, ou une espèce de manie originale du changement, une horreur paradoxale de la routine ; sinon ils le congédieront au plus vite ou l'accuseront de folie.

Certes, cet obstacle sera vaincu avec le temps ; mais ce qui sera plus difficile à réduire, ce sera précisément les préjugés des médecins eux-mêmes. Quel concert de réclamations et quels hochements de tête sceptiques ont soulevés et provoqués les disciples de Brand, quand ils ont lancé pour la première fois leurs communications sur les bains froids.

On voit aujourd'hui que ces *tolle* n'étaient pas justifiés et que Brand n'était pas un barbare, mais un bienfaiteur de l'humanité.

Mais qu'a-t-il fallu pour amener la conviction ? Des années d'expériences, des statistiques sévèrement contrôlées et le zèle infatigable de plusieurs apôtres de la méthode. La réfrigération thoracique dans le traitement des affections broncho-pulmonaires n'a de chances d'être acceptée des médecins praticiens, que quand elle aura plusieurs années d'expériences, et une statistique toujours supérieure comme succès à tous les modes de traitement aujourd'hui employés. Une statistique de quelques mois n'a pas de valeur scientifique, car il faut faire entrer en ligne de compte, ce qu'on appelle communément les séries ; il y a les séries bonnes et les séries mauvaises ; il faut donc pouvoir étudier plusieurs séries de résultats pour pouvoir se prononcer valablement sur la supériorité ou l'infériorité de ces résultats. La science ne peut que gagner à l'esprit de progrès et au mépris des préjugés de quelques théoriciens éminents.

Mais il faut toujours prendre garde de se lancer dans le paradoxe, en voulant détruire tous les préjugés. Certes, l'expérience a prouvé que ce n'est pas à proprement parler un paradoxe que de soigner la congestion pulmonaire par des applications froides sur le thorax, mais il nous semble que l'expérience est encore un peu récente.

Notre conclusion sera donc : La méthode réfrigérante est théoriquement applicable à tous les cas de congestion pulmonaire brusque et active ; dans nombre de cas, où on l'a employée elle a paru non seulement inoffensive, mais encore fort efficace ; il y a donc lieu de l'expérimenter avec rigueur dans tous les cas où l'on sera assuré de la confiance absolue des malades ou de leur entourage. Quant à l'application systématique, elle est impossible et d'ailleurs antiscientifique.

Dr Paul HUGUENIN.

REVUE D'HYGIÈNE

MM. *Moissan et Grimbert* ont fait, le mois dernier, à l'Académie de médecine une communication sur la présence des microbes dans les eaux minérales naturelles : il résulte de leurs analyses que la plupart de ces eaux renferment un grand nombre de microorganismes, dont un, au moins, le bacillus coli communis, est pathogène. D'après MM. Riche, Cornil et Robin, les eaux seraient généralement pures à leur griffon d'origine et ne s'infecteraient que secondairement pendant les manœuvres de décantage, d'embouteillage et de gazéification. Quoi qu'il en soit, il importe de noter soigneusement ce fait.

* * *

Une grande réserve s'impose dans l'usage des filtres, même les meilleurs, qui sont les filtres en porcelaine.

« Il est à remarquer — dit à propos de ceux-ci M. A. Gauthier (*Encyclopédie d'hygiène*, tome II) — il est à remarquer qu'au bout de quelque temps, surtout si l'on ne surveille pas ces filtres, alors que la paroi du côté de l'arrivée de l'eau s'est recouverte d'une légère couche glutineuse de vase organique, la liqueur filtrée prend un léger goût marécageux. Si l'on examine à ce moment directement les dépôts, que l'on dilue dans l'eau et traite à l'acide osmique, ou bien les produits de cultures de l'eau filtrée, l'on voit que, bien loin d'être libérées de tout être vivant, les eaux qui ont passé à travers ces filtres contiennent un nombre considérable de microbes, quelquefois plus grand que ceux de l'eau non filtrée. C'est que, dans ces parois poreuses, les colonies microbiennes, d'abord arrêtées, finissent par pulluler, et que leurs mycéliums ou leurs germes, pénètrent à travers les pores de l'appareil filtrant, qui devient dès lors un véritable foyer de culture. Cette remarque que j'ai faite dès le début de mes recherches sur les filtrations à travers les parois de biscuit de porcelaine ou de faïence, m'a empêché d'en conseiller l'usage comme procédé de stérilisation absolue, au moins de liquides alcalins ou neutres. » Des observations analogues ont été faites par MM. Galippe, Villejean, Kübler, Giltay et Aberson. Enfin, de ses expériences plus récentes, M. de Freudeure conclut que « l'appareil à filtrer Chamberland-Pasteur fournit de l'eau privée de germes, au moins pendant huit jours, dans nos climats tempérés, et qu'il peut être employé dans les ménages, hôpitaux et laboratoires, à la condition que la bougie filtrante soit stérilisée au moins tous les huit jours et que la température de l'eau à filtrer ne dépasse pas certaines limites. La stérilisation est chose facile dans les laboratoires et dans les hôpitaux ; chez des particuliers, par contre, la négligence aidant, cette mesure risque d'être peu observée. » (*Annales de micrographie*, 1892.) Concluons avec M. H. de Varigny (*Revue des revues*, 1894) : « Pour qu'un filtre soit pratique, il faut qu'il n'exige point une éducation de bactériologiste pour apprendre à s'en servir, et il n'est pas admissible qu'il le faille sans cesse stériliser (tous les dix ou quinze jours) ou changer ; il faut que la cuisinière suffise à le surveiller. »

* * *

On a fait dernièrement un certain bruit autour d'un procédé chimique de désinfection de l'eau par le permanganate de potasse. L'auteur de ce procédé, M. Chicandard, proposait (*Union pharmaceutique*, mai 1893) d'utiliser la propriété que possède le permanganate, d'oxyder toutes les matières organiques en les transformant en acide carbonique, eau et ammoniaque (ce dernier corps si le composé est azoté) : il ajoutait à l'eau assez de permanganate (0 gr. 05 à 0 gr. 60) pour colorer celle-ci en violet et se débarrassait de l'excès de sel en ajoutant une matière organique quelconque, de la poudre de quinquina, de café, de réglisse, ou simplement du charbon animal lavé.

M. Chicandard avait pu détruire, par ce moyen, divers alcaloïdes comme la strychnine ou des produits animaux comme la peptone ; mais la preuve bactériologique restait à faire. Elle vient d'être fournie dernièrement par M. Coreil (*Annales d'hygiène*, 1894) et les expériences de ce chimiste ont démontré que, si l'addition de permanganate diminue le nombre des microbes, ce sel est impuissant à les faire tous disparaître.

* * *

Deux mots seulement au sujet de la stérilisation par l'alun, proposée par Babès. Les expériences de Max Teich, faites à l'Institut d'hygiène de Vienne, ont prouvé que les saprophytes et les bacilles typhiques ne sont nullement influencés par l'alun ; seuls, les microbes du choléra sont atteints, mais bien lentement, au bout de vingt-quatre heures et davantage. (*Revue d'hygiène*, 1894.)

* * *

Il était intéressant de connaître l'action sur les microbes des boissons alimentaires, le thé, le café, le vin et la bière. Après Grüber et Baber, le médecin viennois Aloïs Pick est arrivé aux résultats suivants :

Le thé, le café, ajoutés à l'eau, ne troublent pas la virulence du bacille du choléra. Mais ce bacille disparaît après cinq minutes de séjour dans du vin additionné de 2/3 d'eau, après cinq à quinze minutes dans la bière. Cet effet n'est, d'ailleurs, pas dû à l'alcool contenu dans ces boissons, puisqu'il faut 45 pour 100 d'alcool pour anéantir le bacille-virgule en cinq minutes et que, d'ailleurs, le vin et la bière privés d'alcool par distillation sont toujours aussi antiseptiques ; il est dû aux acides organiques. Les acides acétique, lactique, tartrique, citrique, sont, en effet, des parasiticides du choléra et font disparaître les vibrions de l'eau en cinq minutes à 2 pour 1,000, en dix minutes à 1 pour 1,000.

L'action microbicide du vin et de la bière est malheureusement très faible à l'égal du bacille typhique. Rares sont les vins qui, même purs, le tuent en quinze minutes et surtout en cinq à dix minutes. Etendu de son volume d'eau, aucun vin ne conserve assez d'activité pour le détruire

en moins d'une demi-heure. La bière échoue de même, ainsi que les acides organiques, à moins d'arriver à des doses excessives.

* * *

Pour en finir avec cette étude un peu longue de la stérilisation de l'eau potable, nous devons présenter les réserves que suggère lui-même le procédé le plus efficace et le plus pratique : l'ébullition.

Il est bien certain que l'ébullition à 100° ne tue pas tous les microbes ; certains ne périssent qu'à 110 ou 115°, mais ceux-là sont inoffensifs et les microbes pathogènes succombent tous après une ébullition de dix minutes.

On a reproché à l'eau bouillie d'être fade et indigeste. L'addition de substances aromatiques comme le thé, le battage de l'eau avant de la boire, feront disparaître cet inconvénient, assez léger en comparaison des méfaits que peut causer une eau aérée, mais souillée par des microbes pathogènes.

Plus sérieuse est cette dernière objection : L'ébullition, dit-on, tue bien les microbes ; mais il reste dans l'eau leurs cadavres et aussi les ptomaïnes sécrétées par eux. Or, Strauss et Gamaleïa ont montré que les bacilles de Koch morts donnent la tuberculose comme les bacilles vivants, et certains microbes agissent surtout par leurs produits solubles. Ces réserves sont théoriques jusqu'ici ; il importerait beaucoup qu'on y répondît par l'expérience.

Dr Amblard (de Bellegarde).

THÉRAPEUTIQUE

D'un danger inhérent à l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose.

On connaît l'action légèrement diurétique des alcalins et en particulier du bicarbonate de soude, pris à dose un peu forte, cinq ou six grammes par jour ; l'élimination partielle de ces sels, par les muqueuses et l'excitation remarquable que ces agents exercent sur les épithéliums vibratiles (Virchow), d'où résulte leur emploi dans le traitement de certains catarrhes pulmonaires.

J'ignore si leur action congestive sur la muqueuse vésicale a été signalée ; du moins l'usage, presque immodéré, que font aujourd'hui du bicarbonate de soude, dans le traitement des dyspepsies, un grand nombre de praticiens, me porte à croire que ce danger est généralement inconnu ou méconnu, ce qui peut prêter quelque intérêt aux deux observations suivantes :

Il y a quelques années, appelé auprès d'une dame de 57 ans, de constitution très robuste et d'excellente santé habituelle, pour un léger embarras gastrique, je lui conseillai l'usage, pendant quelques jours, de l'eau des Célestins. Le lendemain, je fus surpris de trouver sur sa table, dans la même bouteille qui avait contenu l'eau de Vichy, un liquide louche que l'on me dit être de l'eau de Vichy artificielle, préparée sur les indications du pharmacien voisin et bien moins coûteuse que la naturelle. Je m'élevai contre cette économie mal comprise, blâmai l'intervention maladroite du pharmacien et conseillai à la malade de revenir à ma prescription ; ce qui d'ailleurs ne fut pas exécuté.

Le lendemain, mandé en toute hâte auprès de la même dame, je la trouvai en proie à la plus grande anxiété, en même temps qu'aux plus vives douleurs. Une hémorrhagie vésicale, assez abondante, venait de se produire succédant à des envies fréquentes d'uriner accompagnées d'épreintes violentes et de dysurie, en un mot, de tout l'appareil d'une cystite aiguë.

L'inquiétude de la malade était d'autant plus grande que, n'ayant pas revu ses règles depuis dix ans, elle croyait à la manifestation subite d'un cancer, crainte que je réussis à peine à calmer, par un examen au spéculum, qui ne me démontra autre chose, sinon la parfaite intégrité des organes génitaux.

C'était d'ailleurs bien à chaque épreinte et par l'urèthre, que partait une petite quantité de sang vif. Quel motif attribuer à ces accidents tout à fait insolites chez une personne qui n'avait jamais éprouvé le moindre trouble du côté des voies urinaires ou génitales ? Ni le froid, ni la rétention, en un mot, aucun des précédents habituels de la cystite, ne pouvait être mis en cause.

Je pensai que la pseudo-Eau de Vichy pouvait être incriminée. Ne cite-t-on pas les effets cérébraux d'ordre congestif très intenses, voire même très graves, amenés par l'usage intempestif ou immodéré des eaux alcalines fortes ; n'est-ce pas la raison, qui doit les faire interdire aux cardiaques et ne pouvait-on supposer que, chez la patiente, une action congestive analogue s'était produite sur la vessie, entraînant les conséquences que je viens de relater.

Des deux paquets livrés par le pharmacien pour la fabrication de deux litres d'eau de Vichy à prix réduit, un seul avait été employé et absorbé. Je pesai le second ; il renfermait dix-huit grammes de sel alcalin. Je fus dès lors convaincu, à part moi, que la cystite et l'hématurie étaient d'ordre toxique et bien dus à l'emploi abusif du bicarbonate. Quelques cataplasmes, des boissons délayantes et l'abstinence complète d'alcalins, eurent d'ailleurs raison en quelques heures, de ces accidents, qui ne se sont jamais reproduits, même au moindre degré, depuis cette époque.

Je fis part de cette observation à un confrère très âgé, prêt à se rendre à Vichy, à l'effet de le mettre en garde contre l'abus des eaux alcalines, mais celui-ci, absolument imbu des idées de Mialhe sur l'innocuité complète des sels alcalins, pris même à très haute dose, ne voulut pas se laisser convaincre et n'en suivit pas moins religieusement sa cure, sans le moindre incident fâcheux d'ailleurs.

Dernièrement, un cas analogue se présentait à mon observation. Un homme, jeune encore, de très bonne santé habituelle, vint me consulter pour une hémorrhagie vésicale avec ténesme, dysurie et tous les symptômes d'une cystite intense et subite.

Interrogé sur ses antécédents urinaires, il me déclara que complètement guéri, depuis plus de cinq ans, d'une blennorrhagie tenace, il n'avait depuis cette époque constaté aucun trouble de la miction, mais que la veille de l'accident

actuel, ressentant, à la suite d'une station debout prolongée, quelque pesanteur dans le bas-ventre, il avait craint un retour de son ancienne chaude-pisse et s'était administré dans la journée quelques grammes d'essence de térébenthine et le soir, en se couchant, une prise de bicarbonate de soude qu'il évaluait très précisément à cinq ou six grammes. C'est vers le milieu de la nuit que le ténesme et l'hématurie s'étaient produits.

A défaut de toute autre cause plausible et avant d'accuser le sel alcalin, on pouvait se demander si l'absorption des quelques grammes d'essence de térébenthine n'était pas pour quelque chose dans la production de ces accidents. On sait, en effet, que les balsamiques et en particulier le copahu et le cubèbe peuvent quelquefois donner lieu à des phénomènes inflammatoires du côté de la vessie. Mais, d'après les auteurs les plus autorisés, il s'agit, alors, d'idiosyncrasies rares et ce ne pouvait être ici le cas, puisque pendant le cours de sa blennorrhagie, ce jeune homme avait, durant plusieurs semaines, absorbé sans en éprouver d'inconvénients près de dix grammes chaque jour d'essence de térébenthine et qu'il attribue même sa guérison radicale à cet emploi longtemps continué.

Il reste donc l'action du bicarbonate de soude, qui paraît d'autant plus réelle, que les accidents ont suivi de très près, quelques heures à peine, son absorption.

Il me semble résulter de ces deux observations, si l'on met à part l'idiosyncrasie que l'on peut toujours invoquer et sous le bénéfice d'autres constatations, qui ne sauraient longtemps faire défaut, la probabilité d'une cystite sodique ou alcaline, analogue à la cystite cantharidienne. Celle-ci ne serait d'ailleurs pas spéciale au bicarbonate, mais à d'autres sels de soude et en particulier au salicylate. Il n'est pas, je crois, de médecin ayant une certaine pratique professionnelle, qui n'ait observé un certain degré de dysurie et de ténesme vésical après l'absorption de quelques doses de salicylate de soude. Si l'intensité des accidents est bien moins grande dans ce dernier cas, cela tient sans doute à ce que le salicylate n'est jamais donné à dose massive et que les rhumatisants, buvant beaucoup, opèrent d'eux-mêmes une dilution copieuse du médicament, appliquant, sans le savoir, cet excellent précepte de Bouchardat, de noyer les alcalins dans une grande quantité de liquide.

De ces faits me semble ressortir l'indication thérapeutique de ne pas exagérer, dans la pratique, les doses de bicarbonate de soude, et en particulier dans les affections des voies urinaires. Qui sait, si les cas de blennorrhagies hémorrhagiques, que l'on a cherché à expliquer « par l'action mécanique exercée sur la muqueuse par les contractions spasmodiques des fibres musculaires du corps de la vessie » (Rollet) ne sont pas dues uniquement à l'emploi trop fréquent des alcalins dans la blennorrhagie, sous le prétexte d'enlever à l'urine son acidité et d'apaiser les douleurs de la miction ?

Dr Patin,
de Boulogne-sur-Mer.

VARIÉTÉS

Déclaration des maladies épidémiques

La Loi.... !!

ACTUALITÉ EN 3 SCÈNES

1re SCÈNE.

Docteur X. — Le Juge T.

Le Juge. — Eh bien ! Docteur ?
Le Docteur. — Hum ! hum !
Le Juge. — Enfin, ce n'est pas grave ?
Le Docteur. — Très embêtant.
Le Juge. — Vous m'effrayez, mais parlez donc !
Le Docteur. — La gamine à la scarlatine.
Le Juge. — Mais, avec des soins, on n'en meurt pas de la scarlatine et celle de Gabrielle me semble bénigne ; n'est-ce pas, Docteur ?

Le Docteur. — Oui ; certainement, nous nous en tirerons ; mais vous oubliez donc la fameuse loi sur la *déclaration obligatoire des maladies contagieuses* ; or la scarlatine est de celles-ci. Je vais, pour vous, déchirer la 1re feuille du fameux carnet et la remplir en votre honneur, puis expédier la susdite à notre maire. Vous verrez alors. Oh ! ce sera très embêtant !

Le Juge. — Qu'arrivera-t-il ?

Le Docteur. — Demain et, de temps à autre, viendra mon confrère, le Docteur M***, celui avec lequel vous êtes si mal ; il sera maître chez vous, ordonnera ceci, puis cela, bien entendu tout ce qui vous sera vexatoire. Il tiendra, en effet, tout d'abord à vous être désagréable, puis à bien vous prouver, à vous, magistrat, qu'il ne vole pas l'argent du gouvernement. Il vous prouvera ainsi (pour cause, il est seul de son avis), par l'excès même des mesures qu'il prendra, que la loi sur la déclaration des maladies contagieuses est utile et nécessaire.

Vous connaîtrez alors les escouades des désinfecteurs : on phéniquera vos chambres, vos meubles, vous-même, etc.... On isolera votre malade..... En un mot, on fera avec une grande mise en scène, ce que nous faisons déjà, mais sans tant de musique. Tout le quartier, qui ne croira pas à une simple scarlatine, mais au moins au choléra, à la peste, au typhus, sera en grand émoi et vous traitera, vous et les vôtres, en pestiférés : les amis vous fuiront : vous resterez seuls, avec votre chlore, votre acide phénique et votre malade, qui n'en ira pas mieux.

Le Juge. — Cachez votre carnet, Docteur, respectez sa page blanche.

Le Docteur. — Mais.... Vous êtes magistrat ? et la loi....

Le Juge. — Ici je suis homme, votre client et je ne veux pas de tous ces embêtements chez moi ; c'est absurde. Vous m'indiquerez ce qu'il faut faire pour empêcher la contagion, et ce sera aussi bien fait que sous la surveillance de cet animal de Dr M*** et par ses fantassins.

Le Docteur. — Enfin, vous ne me poursuivrez pas.

Le Juge. — Non. — Aujourd'hui ignorons la loi ou plutôt voyons-en l'esprit et non les termes.

Le Docteur. — Drôle de façon de l'appliquer, mais enfin ! N'en parlons plus. Éloignez vos autres enfants, que la mère et une servante, toujours la même, soient au service de la malade, qu'elles aient le moins possible de contacts avec d'autres personnes ; puis quand l'enfant sera guérie, nous désinfecterons sa chambre : ce sera bien suffisant.

Le Juge. — Merci, mon bon ami ; croyez bien à ma reconnaissance.

2me SCÈNE

Au tribunal (1 *an ou* 18 *mois après*).

Personnages : Le Juge. — Le Docteur. — Le client.

Le Juge. — Docteur, que réclamez-vous ?
Le Docteur. — Des honoraires, qui me sont légitimement dus.

Le Juge. — Monsieur F*** reconnaissez-vous devoir,... combien, Docteur ?

Le Docteur. — 350 fr.

Le Juge. — Devoir au Dr... la somme de 250 fr.

Le Client. Non, Monsieur le Juge, le Docteur a bien soigné ma femme pour une fièvre typhoïde et de ce fait me réclame 150 fr. : les voici... Mais les 200 autres francs représentent une somme à laquelle il fut condamné ; cela ne me regarde pas.

Le Juge. — Expliquez-vous, Docteur.

Le Docteur. — Monsieur le Juge, peut-être mieux que tout autre, connaissez-vous les ennuis que nous cause la fameuse loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Nos clients nous placent, sans cesse, en face de notre honneur et nous sommes tenus d'observer le secret professionnel. Quant à moi, je n'ai pu me résoudre à dénoncer les misères que j'observe et déjà plusieurs condamnations m'ont frappé. — J'ai donc cherché à concilier mon devoir, ma conscience avec mes intérêts et (ce que la loi aurait dû faire), j'ai mis le client lui-même en avant... Voici donc ce que je lui ai dit : « Je dois déclarer la fièvre typhoïde de votre femme : la loi aurait dû vous y contraindre à ma place « comme elle vous oblige à déclarer vos enfants ; « mais elle est comme cela et si je ne l'observe pas, « je risque une amende plus ou moins forte. — « Vous ne voulez pas qu'on sache dans le quartier « que votre femme a une maladie susceptible « d'être gagnée ; ce serait nuire à votre industrie, puisque vous êtes restaurateur : vous me « répétez sans cesse que je dois garder le se- « cret et que c'est bien y manquer, que d'aller « divulguer à la mairie les maladies des gens... « C'est très bien tout cela, mais, si je me tais, je « risque d'avoir une condamnation de 50 fr. à 200 fr. « et comme j'ai déjà été pincé, je dois m'attendre « au maximum. — Si je suis condamné, acceptez- « vous de payer l'amende ; je vous délègue en quelque sorte la responsabilité de la chose, comme « cela devrait être, et je me tais. Mieux encore, « voici mon papier, je vous charge de l'envoyer à « la mairie : faites-en ce que vous voudrez. Si je « suis pris, je tomberai sur vous. »

Vous connaissez les suites, Monsieur le Juge : J'ai bien été condamné à 150 fr. d'amende et avec les frais la somme à verser dépassera 200 fr. Aujourd'hui, mon client n'entend pas me rembourser ces sommes perdues pour moi par une faute, il est vrai, volontaire de ma part, et qui n'avait d'autre but que de sauvegarder ses intérêts.

Le Juge. — Nous regrettons, Docteur, mais ne pouvons voir là qu'un contrat immoral.

Le Docteur. — Oh !!!

Le Juge. — Et nous vous déboutons de votre plainte.

3me Scène

Dans le prétoire

Le Juge. — Le Docteur.

Le Docteur. — Vous savez, elle est raide !

Le Juge. — Que voulez-vous ? Dura lex sed lex.

Le Docteur. — Mais... l'esprit de la loi et non les termes... vous vous rappelez bien l'année dernière !... — Quelle moralité peut-on tirer de tout cela ?

Le Juge. — N'en tirons pas... adieu !

Le Docteur (à part). — Toi ! si jamais la variole est chez toi !

Dr G. Béranger (Niort).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine de colonisation.

L'organisation du corps médical de colonisation, en Algérie, n'offre rien de pareil à ce qui existe en France, pour les corps similaires de la guerre, de la marine et des colonies. Elle jure avec tous les principes développés depuis un certain nombre d'années devant le Parlement, principes justement et libéralement sanctionnés par lui. Elle est en contradiction avec toutes les idées que l'on peut se faire de la bonne assiette d'un service, et, en première ligne, d'un grand service médical.

Nous ne croyons pas, qu'il soit possible de trouver, dans une nation quelconque, une subordination semblable à celle où se trouve notre corps de médecins coloniaux.

La confusion des pouvoirs médicaux, dans la colonie, pousse justement depuis longtemps les médecins de colonisation à revendiquer une organisation propre et pour dire le mot : leur autonomie.

Au nom des principes affirmés maintes fois par la médecine tout entière, nous ne pouvons qu'approuver ces aspirations légitimes.

En y faisant droit, on consacrera simplement ce qui existe en grande partie pour les corps de santé de la Marine et des Colonies, ce que le Parlement a consacré intégralement pour le service de santé militaire.

Les raisons opposées jusqu'ici par les adversaires des médecins de colonisation, pour les tenir dans une tutelle étroite, exclusive, non hiérarchique, sont injustes et injurieuses au plus haut point. Le corps médical de colonisation mérite d'être mieux apprécié, mieux traité. On lui donnera une idée plus élevée encore de ses devoirs, à lui généralement si dévoué, si plein d'abnégation, en augmentant ses prérogatives, en le traitant d'une manière libérale.

Par ceux de ses membres, à qui l'élévation au plus haut grade, c'est-à-dire à la première classe, donne l'indépendance permettant d'exprimer librement des avis et des vœux, il réclame son émancipation médicale propre, sans émettre en aucune façon la prétention de se soustraire aux obligations administratives, à la déférence, à l'obéissance envers l'administration supérieure. L'heure est venue de lui accorder satisfaction.

Nous avons invoqué l'an dernier les heureux résultats donnés par l'organisation du service vétérinaire départemental.

Bien qu'il n'y ait pas identité parfaite entre les deux services, au point de vue de la situation et de l'état de leurs membres, cependant nous pensons que c'est, comme on l'a fait pour le corps des vétérinaires, sur le principe de la centralisation, au chef-lieu, du service départemental, que l'on doit se baser pour réorganiser la médecine de colonisation.

Nous ne la comprenons pas autrement que réglementée ainsi qu'il suit :

Dans chaque département un médecin de colonisation, de première classe, choisi par le Gouverneur général, sur la proposition du Préfet, est chef du service départemental.

Il est sous les ordres directs du Préfet.

Il reçoit les rapports trimestriels des médecins de colonisation ou les rapports en cas de calamités, d'épidémies ou d'accidents imprévus.

Il fait toutes propositions concernant le service médical de colonisation, les modifications à apporter aux circonscriptions médicales ou relatives à leur réorganisation, à l'attribution des postes, à l'avancement des médecins colo-

niaux, à l'organisation des secours en temps d'épidémie.

Il adresse, à l'autorité préfectorale, toutes les propositions concernant les récompenses ou les peines disciplinaires.

Ces propositions sont transmises, avec avis motivé, au Gouverneur général qui statue.

Chaque année, à l'époque du Conseil supérieur, les trois directeurs départementaux du service médical de colonisation se réunissent à Alger, aux trois Préfets, sous la présidence du Secrétaire général du Gouvernement, en commission de classement, et arrêtent le tableau d'avancement des médecins de colonisation.

Deux tours sont accordés à l'ancienneté, et un tour au choix.

Les choix sont déterminés par les services médicaux rendus, les travaux publiés, les récompenses décernées par les Sociétés scientifiques.

Tels sont, brièvement énoncés et inspirés par l'organisation divisionnaire de la médecine militaire en Algérie, des autres corps de santé, les principes fondamentaux, qui nous paraissent devoir assurer le bon fonctionnement du corps médical de colonisation.

C'est ainsi que ce service hiérarchisé d'une manière logique, conforme à ce que l'on peut appeler le droit médical moderne, sera dans la main de l'administration, mais en relevant avant tout de lui-même.

En somme, c'est l'organisation du service médical de colonisation sur le même pied que tous nos services algériens : Domaines, Contributions directes ou diverses, Trésor...

Dr A. TREILLE.

Ce travail est extrait d'un rapport présenté au Conseil supérieur du Gouvernement de l'Algérie, par M. le Dr Treille, Conseiller général. Nous serions heureux de voir les médecins de colonisation en Algérie, nous soumettre les observations qu'ils croiraient devoir faire à ce sujet.

A. C.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation du Département de l'Aube.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Lebrun, de Bar-sur-Aube, délégué de la Commission administrative de la Société locale, membre du Syndicat et membre du Concours.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Troyes.

M. le Dr Laumet, de Troyes, secrétaire de la Société locale.
M. le Dr Coqueret, de Troyes, trésorier de la Société locale et membre du Concours.
M. le Dr Gros, d'Auxan, membre de la Société locale.
M. le Dr Lasne, d'Aix-en-Othe, membre de la Société locale.

Arrondissement d'Arcis-sur-Aube.

M. le Dr Theveny, de Plancy, membre de la Société locale.
M. le Dr Milliot, de Chavanges, membre de la Société locale, du Syndicat et du Concours.
M. le Dr Colson, de Mailly, délégué à la Société locale.

Arrondissement de Bar-sur-Aube.

M. le Dr Dimey, de Bar-sur-Aube, secrétaire du Syndicat.
M. le Dr Vaudey, de Brienne, membre de la Société locale, du Syndicat et du Concours.

Arrondissement de Bar-sur-Seine.

M. le Dr Pierrot, de Bar-sur-Seine.
M. le Dr Bordes, d'Essoyes.

Arrondissement de Nogent-sur-Seine.

M. le Dr Martinet, de Villenauxe, membre de la Société locale et du Concours.
M. le Dr Meunier, de Nogent-sur-Seine, membre de la Société locale.

Avis.

La prochaine réunion du Conseil d'administration étant dores et déjà fixée au 20 juin, nous rappelons à tous les adhérents, dont l'admission n'a pas encore été prononcée, que leurs dossiers doivent être retournés avant cette date au Siège Social de l'Association, 23, rue de Dunkerque.

Les fonctions du Secrétaire et du Trésorier vont devenir encore plus complexes à partir du 1er juillet, augmentées qu'elles seront par les déclarations et contrôles des maladies, ainsi que par le payement d'indemnités.

Nous prions donc les sociétaires d'éviter tous retards et toutes négligences, qui seraient de nature à causer un surcroît de besogne ou un désordre dans les écritures de nos deux confrères déjà bien occupés.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'Arrondissement de Versailles.

26 *Octobre* 1893

Présents : MM. Darin, *Président*, Jeanne, Ribard, Lécuyer, Martin, Gille, Cailleret, Pannetier, Bouillet, Giberton, Pluyeau, Peck, Midrin, de Fourmestraux, Surre, Debord, Pecker.

Excusés : MM. Licke, Héliot, Christen, Le Menant des Chesnays.

M. le Dr Diard, Président du Syndicat de Rambouillet et M. le Dr Cézilly, Directeur du Concours médical, invités spécialement, par le Président, à venir donner leur avis sur l'inspection médicale scolaire, assistent à la séance.

Des invitations analogues ont été adressées à M. le Dr Amodru et aux Présidents des Syndicats de Pontoise, de Corbeil et d'Etampes. Messieurs Galvani, de Pontoise et Patureau, d'Etampes, s'excusent, en termes gracieux, de ne pouvoir venir et envoient l'opinion de leur Syndicat. Le Dr Amodru, écrit aussi ce qu'il pense du projet du Dr Jeanne et regrette d'être retenu loin de Paris par ses nouvelles et déjà absorbantes fonctions de député.

MM. les Drs Cailleret, de Poissy, et Bonzon, de la Celle-Saint-Cloud, sont admis à l'unanimité membres du Syndicat.

M. le Dr Prieur adresse sa démission, qui est acceptée.

Inspection médicale scolaire.

Le Syndicat de Versailles, dans sa séance du 29 juin, avait longuement discuté et adopté le projet du Dr Jeanne. Restait à savoir ce qu'en pensaient les autres Syndicats du département, car une action commune auprès de la Préfecture et du Conseil Général était indispensable, pour mener à bien cette grosse entreprise.

Le projet, il faut l'avouer, n'a pas rencontré l'unanimité à laquelle on pouvait s'attendre. Seul, le Syndicat de Pontoise l'approuve entièrement. Le Syndicat de Rambouillet l'adopte, avec certaines restrictions et le Syndicat d'Étampes le rejette en bloc. Le Syndicat de Corbeil n'a pas fait connaître son avis.

Certes, il y a lieu de s'étonner de ces divergences de vues, sur une question si importante, qui devrait être résolue depuis longtemps par la loi elle-même. Mais, ces divergences, en réalité, ne sont qu'apparentes et tiennent surtout au peu d'espérance qu'ont nos confrères de voir les communes s'imposer de nouvelles charges, ou l'entente s'établir entre les communes et le département, pour les frais de l'inspection. En effet, des explications précises que donne le Président du Syndicat de Rambouillet, des termes mêmes, employés dans la lettre du Syndicat d'Étampes, il ressort que le côté financier du projet apparaît comme un mur infranchissable.

M. Diard dit :

Votre projet est excellent, mais comment « déciderez-vous le département à le réaliser ? » Partout où l'inspection existe, c'est la commune qui, comprenant, sous l'impulsion de son ou de ses médecins, les bienfaits d'une pareille institution, s'est chargée de les indemniser.

M. Patureau dit :

« Le Syndicat d'Étampes a repoussé votre projet « comme très difficile à appliquer et *impossible au « point de vue financier*. »

Le Dr Amodru, Conseiller Général et député, dit :

« J'ai lu avec le plus vif intérêt le rapport du « Dr Jeanne, je serais très heureux, non seulement « de le voir aboutir, mais encore de contribuer « pour ma part à ce résultat. Mais ne craignez-vous « pas que la *question financière* ne soit, comme tou« jours, une cause d'assez longs retards ? Il s'agit « d'une dépense en partie communale : il est donc « de toute rigueur que les communes soient con« sultées, le département n'ayant pas le droit de « leur imposer d'office cette charge nouvelle. Il « serait bon de voir le Préfet et de chercher avec « lui *les moyens pratiques* de réaliser une idée excel« lente en elle-même. »

En présence de ces différentes opinions, l'Assemblée, satisfaite de voir son projet approuvé dans le fond, décide d'ajourner la question financière, et de s'en remettre au Dr Amodru du soin d'entamer des négociations avec la Préfecture.

Loi sur l'exercice de la Pharmacie.

A cause de l'importance de cette question qui a si fortement ému le corps médical, le Président avait chargé le docteur Jeanne, de l'étudier et d'en faire l'objet d'un rapport au Syndicat. Celui-ci constate avec regret que la loi adoptée par la Chambre des Députés ne tranche aucun des points litigieux, source de conflits perpétuels entre médecins et pharmaciens, d'hostilités sourdes ou patentes, de véritables guerres parfois. Il résume les impressions recueillies dans la presse médicale et propose d'adopter les conclusions des Docteurs Cézilly et Gassot publiées dans les colonnes du *Concours médical* (1893, n° 38, page 447).

L'article XII, donnant au pharmacien le droit exorbitant de délivrer *librement* tous les médicaments simples ou composés, est rejeté à l'unanimité. Les modifications réclamées par le Docteur Gassot sont adoptées.

L'article XI donne lieu à une vive discussion à laquelle prennent part presque tous les membres présents. Les uns trouvent la distance de 4 kilomètres trop longue ou trop courte, selon les régions ; les autres voudraient que, de même que l'article XII devrait interdire aux pharmaciens la *libre* délivrance de tous les médicaments, de même les médecins ne devraient avoir le droit d'en délivrer aucun. Finalement, la rédaction du Dr Gassot est encore adoptée à la majorité.

L'article XV est purement supprimé en vertu du principe : « La pharmacie aux pharmaciens. »

Partant de ce même principe, le Docteur Jeanne signale le préjudice porté aux pharmaciens par les paragraphes 3 et 4 de l'art. XIII qui confèrent aux pharmaciens d'hôpitaux et d'hospices le droit de vendre des médicaments au dehors. Il propose en conséquence d'annuler cette injuste disposition. Adopté.

Les autres articles de la loi sont hautement approuvés.

Service militaire des Étudiants en Médecine.

Le Syndicat, après un échange d'observations analogues à celles présentées par d'autres assemblées, adopte le vœu formulé dans les numéros 10 et 27 du *Concours Médical* et soutenue au Sénat par le professeur Cornil.

Revision des Statuts.

L'assemblée, pour mettre ses statuts en rapport avec la loi sur l'exercice de la médecine, qui va entrer en vigueur et rendre leur approbation possible par la Préfecture, les modifie. C'est ainsi que les articles VII et VIII, qui avaient trait à la déontologie et aux recouvrements, sont supprimés et feront l'objet d'un règlement intérieur.

Assemblée Générale de l'Union des Syndicats.

Le Docteur Darin, président, est nommé délégué à l'unanimité.

Admission dans les Hôpitaux.

Cette question, soulevée inopinément, est résolue par la réunion dans le sens du Syndicat des Médecins de la Seine : « Les hôpitaux aux indigents. »

Avant de lever la séance, le Président remercie MM. Cézilly et Diard d'avoir bien voulu apporter au syndicat le précieux concours de leur parole et de leur expérience.

L'assemblée nomme d'acclamation, M. Cézilly, président d'honneur du Syndicat.

Des remerciements seront adressés à M. le Docteur Amodru, dont l'efficace intervention a valu le vote par le Conseil Général de Seine-et-Oise du vœu sur le service militaire des Etudiants en médecine.

Le Syndicat charge encore son secrétaire de faire parvenir ses sincères félicitations à M. le Docteur Galvani, président du Syndicat de Pontoise, qui a été récemment élevé à la dignité de Chevalier de la Légion d'Honneur.

REPORTAGE MÉDICAL

On signale, à Lisbonne, l'apparition d'une épidémie de diarrhée, qui n'est autre que le choléra.

— La 2e épreuve (épreuve clinique) du concours du bureau central (médecine) s'est terminée lundi. Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. Thoinot, Darier, Dalché, Capitan, Girode, Vaquez, Launois, Barbier, de Gennes, Florand.

— Un concours pour 2 places d'accoucheurs des hôpitaux s'ouvrira le 7 mai.

Le jury est ainsi constitué provisoirement : MM. Ribemont, Guéniot, Maygrier, Pinard, Champetier, Richelot et Rigal.

— La Conférence des avocats de la Cour de Paris a discuté lundi dernier la question suivante :

Le médecin qui, en voulant expérimenter une nouvelle méthode curative à l'insu de son malade, a occasionné sa mort, peut-il être poursuivi pour homicide par imprudence ?

La Conférence a adopté la négative.

— Dans le précédent numéro, nous indiquions la répartition par arrondissement des eaux de source à Paris. Or, l'administration des eaux vient justement de faire apposer, sur les murs de la capitale, des affiches annonçant aux malheureux parisiens, qu'un accident survenu à l'aqueduc de la Vanne, dans la forêt de Fontainebleau, nécessitait la fermeture de cet aqueduc au moins pendant une semaine. On va distribuer de l'eau de rivière pour suppléer à cette absence d'eau de source.

C'est comme si on proclamait aux habitants des I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV arrondissements, qu'on va leur servir pendant 8 jours de bons bouillons de culture des bacilles typhiques. Encore est-on prévenu ; tant pis pour les insouciants !

— Vendredi 27 avril, on a inauguré à Asnières, sous la présidence du Préfet de la Seine, et en présence de MM. Proust, Henrot, Navarre, du Conseil général et des députés de la Seine, le buste de l'ingénieur *A. Durand-Claye*, auquel on doit les premiers travaux d'assainissement de Paris par le Tout à l'Egout. C'est assez piquant de glorifier Claye précisément à l'endroit où il a déversé les ordures de Paris, et qu'il a infecté pour désinfecter Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3898. — M. le docteur Bard, de Lyon, membre de la Société des sciences médicales de Lyon, et membre de l'Association amicale des médecins français.

N° 3899. — M. le docteur Jean, de Maubeuge (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord et du Syndicat d'Avesnes.

N° 3900. — M. le docteur Tabaraud, d'Allonnes (M.-et-L.), membre de l'Association des médecins du Maine-et-Loire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur L. P. Senart, de Binarville (Marne), membre du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Des peurs maladives ou phobies, par le Dr G. Gélineau. In-8° carré, VIe volume de la Bibliothèque générale de Physiologie. Prix : **3 fr. 50** c.

Jusqu'à présent les diverses Phobies observées par les auteurs avaient été regardées comme une dépendance de la Neurasthénie, comme un des symptômes les plus bizarres de cette affection protéiforme et il n'était venu à la pensée de personne de leur attribuer une place à part dans le cadre des Névroses.

Le Dr Gélineau s'est le premier attaché à démontrer dans son livre que les Phobies sont loin d'être toujours les vassales ou les filles de la Neurasthénie et il s'attache à énumérer les différences qui les séparent. En arguant de leur irréfutable essentialité, il réclame pour elle en terminant, une place à part dans la classe des Névroses.

Cette étude, la plus complète qu'on ait jusqu'ici présenté sur les phobies, très fouillée, remplie d'aperçus originaux, sera bien accueillie par tous ceux qui s'occupent des maladies nerveuses. Bien des pages rappelleront aux praticiens certains types rencontrés jadis, qu'on taxait de bizarrerie et qui n'étaient pas autre chose que des malades non classés jusque-là !

Le Dr Gélineau réussira-t-il à élever les Phobies au rang auquel il aspire pour elle ?.... Nous l'ignorons. Mais nous serions tentés de le croire en lisant les arguments serrés et les observations intéressantes qu'il invoque à l'appui de leur essentialité !

Ajoutons, car c'est la vérité, que peu de livres de médecine sont d'une lecture aussi agréable ; malgré la sévérité du sujet, l'aridité est bannie de ces pages qui démontrent bien, qu'ici, le praticien est doublé d'un érudit !

Envoi franco contre un mandat de **3 fr. 50** adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les Gaietés de la Médecine, par le Dr Garrulus avec préface du Dr E. Monin. 1 vol. in-18 d'environ 400 pages avec élégant cartonnage. Prix **4** fr.

Allons, graves praticiens vêtus de noir et cravatés de blanc, abandonnez l'air doctoral que vous aviez tout à l'heure au chevet de vos malades et, vos visites terminées, prenez un petit livre que vient de faire paraître un de vos humoristes confrères, le Dr Garrulus, **les Gaietés de la Médecine** et bientôt, je vous le garantis, un bon rire qui sera le vôtre, troublera l'austère silence de votre cabinet de travail. Il y a des trésors de gaieté dans ce petit livre que, disproportionnellement, la Société d'Éditions scientifiques ne vend que 4 francs.

Envoi franco contre un mandat de **4** francs adressé à M. le Directeur de la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 19 12 Mai 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'Association Amicale des Médecins Français.

Dans le numéro du 27 avril, nous avons dit le but de l'*Association Amicale*, l'esprit qui l'anime, les espérances qu'elle donne. Faisons connaître, aujourd'hui, son fonctionnement, avec toute la précision possible.

L'Association Amicale, dont le siège est à Paris, 23, rue de Dunkerque, dans les bureaux du *Concours Médical*, qui l'a fondée, est ouverte à tous les médecins Français, diplômés dans une Faculté Française, et dont l'âge se trouve compris entre 25 et 65 ans.

Nous avons donné déjà les raisons pour lesquelles nous avions cru devoir, provisoirement tout au moins, arrêter la participation à 65 ans. Mais, quelque valeur qu'eussent à nos yeux ces raisons, nous avons tenu à donner satisfaction à ceux de nos confrères qui regrettaient que la participation ne fût pas plus reculée et nous avons chargé M. Marie, l'actuaire qui avait fait nos calculs, d'étudier les modifications qu'apporterait, aux tarifs des cotisations, cette prolongation de la participation. Le travail de M. Marie sera publié incessamment.

Quoi qu'il advienne à ce sujet, l'Association a pour seul but d'allouer à ses membres une indemnité pécuniaire *de droit*, si l'accident ou la maladie, les mettent dans l'impossibilité temporaire ou permanente, de se livrer à leurs occupations professionnelles.

Actuellement cette indemnité est fixée à 10 fr. par jour pendant soixante jours et, au delà, à 100 fr. par mois. Rappelons, du reste, que l'Assemblée Générale des participants, lorsque leur nombre aura atteint le chiffre de 300, pourra décider qu'*une cotisation double assurera une indemnité double.*

On voit que le progrès, les améliorations de toute sorte, ont large accès dans l'organisation de l'Association.

Mais quelles formalités les adhérents ont-ils à remplir ?

Tout médecin qui désire faire partie de l'Association, doit adresser au Secrétaire Général une formule d'adhésion conforme au modèle suivant :

Je soussigné (noms et prénoms), *résidant à* *Département de* *né le* *à* *Département de* *Docteur en médecine (ou officier de santé), reçu devant la Faculté de* *déclare adhérer aux statuts de l'*Association Amicale des Médecins Français, *et après avoir pris connaissance des tarifs, demande mon admission.*

A *le*

SIGNATURE.

Le Secrétaire Général entre alors en relations directes avec le postulant et lui indique le confrère *correspondant de l'Association*, près duquel il devra subir la visite médicale, prévue par les statuts.

Ouvrons encore une parenthèse. Malgré la hâte que le Conseil d'administration apporte à l'organisation, dans chaque département, il est encore bien des localités où les correspondants ne sont pas désignés : dans ce cas, le postulant est invité, en envoyant son adhésion au Secrétaire Général, à indiquer deux ou trois confrères, près desquels il lui serait facile de subir cette visite. Le Conseil fera la désignation parmi ces confrères.

La visite médicale passée et le dossier du postulant constitué, celui-ci doit attendre, pour être admis, la prochaine séance du Conseil d'administration, qui statue. Ce Conseil se réunit quatre fois par an, en mars, en juin, en septembre et en décembre.

Les admissions partent des 1er avril, 1er juillet, 1er octobre et 1er janvier de chaque année.

Avis de son admission est transmis à l'adhérent, qui doit faire parvenir, immédiatement, sa cotisation au Trésorier, qui lui en délivre quittance régulière.

Ces formalités remplies et l'admission prononcée, quels bénéfices le nouveau sociétaire est-il appelé à recueillir ?

Art. 26. — En cas d'incapacité de travail dûment constatée, la Société alloue à ses membres une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant 60 jours à partir du 5e jour qui suit la déclaration de la maladie. Le 5e jour est payé, mais il n'y a pas rappel des quatre premiers jours.

Au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie, ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit 100 fr. par mois.

Art. 27. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers, il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

Mais certaines dispositions donnent à ce droit absolu de chaque sociétaire, pris individuellement, des limites imposées par le souci de la sauvegarde du patrimoine commun. Voici ces dispositions :

Art. 22. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'à l'expiration du premier semestre de participation et après versement du second.

Art. 11. — Les sociétaires qui sont en retard de six mois pour le paiement de la cotisation et qui, mis en demeure par une lettre recommandée, ne se seront pas acquittés, cessent de droit de faire partie de la Société.

Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouvel examen médical et dans les conditions des nouveaux adhérents.

Art. 12. — Tout retard de plus d'un mois et de moins de six mois, dans le payement de la cotisation, entraîne la suspension momentanée du droit à l'indemnité en cas de maladie : lequel droit ne sera acquis de nouveau qu'un mois après que le sociétaire se sera libéré.

Art. 13. — Tout sociétaire qui quitte la France perd momentanément ses droits à l'indemnité, pendant son absence.

Le séjour en Algérie n'entraîne aucune suspension des droits du sociétaire.

Les sociétaires sont tenus d'informer le président de tout changement de résidence.

Art. 14. — Tout médecin tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'État les soins qui lui sont nécessaires, renonce au droit à l'indemnité.

Art. 15. — Tout sociétaire convaincu d'avoir causé volontairement, un préjudice grave à la Société (tentatives de fraude) peut en être exclu par décision du Conseil d'administration, sauf appel devant l'Assemblée générale.

Art. 16. — Les sociétaires, démissionnaires ou exclus, n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux.

Ces sommes, qui n'auront plus leur emploi normal, seront versées à une caisse auxiliaire destinée à atténuer, dans la mesure du possible, les rigueurs du règlement.

Art. 28. — Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacement aux eaux, stations balnéaires ou hivernales, même utiles au traitement, à moins d'une décision spéciale du Conseil d'administration et sous la condition expresse qu'il ne donnera pas de consultations.

Art. 29. — Une déclaration, certifiée exacte par le médecin traitant, doit être adressée au Conseil d'Administration ou au correspondant de la Société pour la région, dès le début de la maladie afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de 3 jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail, sous peine d'une amende de 2 fr. par jour de retard.

Ces amendes seront versées à la caisse auxiliaire.

Art. 23. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la caisse.

Art. 24. — *La Caisse de la Société n'est engagée vis-à-vis de ses sociétaires que jusqu'à concurrence de son avoir.*

Il n'est pas besoin d'insister, pensons-nous, sur ce qu'a de sage cet ensemble de dispositions qui s'enchaînent. Elles étaient indispensables.

FEUILLETON

Poissons d'avril.

Je suis en retard pour vous en conter une bien bonne ; mais vous ne perdrez rien pour avoir attendu.

De même que le bonhomme Noël n'est pas toujours tendre et laisse parfois des verges piquantes dans les petits souliers, dont les propriétaires comptaient sur des jouets et des douceurs, de même le mois d'avril, après avoir apporté des fleurs aux pêchers et des feuilles à tous les arbres dénudés, se met à voyager en compagnie de dame malice, et se livre à mille fumisteries.

Cette année-ci, il s'est montré particulièrement taquin et méchant, durant que le coucou, horloge vivante, sonnait ironiquement les heures, au fond des bois. — Il s'est occupé de ce qui ne le regardait pas et voilà pourquoi la végétation a été tout d'abord si peu arrosée, et a souffert de la sécheresse. Tout comme les simples mortels, il s'est amusé à des plaisanteries saugrenues. On commence seulement à connaître quelques-uns de ses tours et c'est pour cela que je n'ai pas pu vous en parler plus tôt. Je dois encore me borner, car son imagination diabolique a véritablement dépassé la mesure et outré les plus indulgents.

Ainsi, il a déposé une bourriche d'huîtres au journal des sciences médicales de N*** comme emblème de sa rédaction. Il aurait mieux fait de lui procurer un abonné, comme pendant à celui qu'il possède déjà.

Il a adressé un lot de balais, au Directeur de l'Assistance publique, sous prétexte qu'il y a un nettoyage sérieux à opérer, dans le personnel des bureaux et des services hospitaliers.

Il a envoyé ce qui suit :

A chacun des cumulards, qui détiennent des douzaines de postes, qu'ils n'ont pas le temps matériel de remplir, une lettre de démission, au bas de laquelle le titulaire n'aura qu'à déposer sa signature.

D'énormes caisses d'encens (la provision sera-t-elle suffisante?) aux élèves du Docteur

au fonctionnement régulier de l'œuvre et prévoient, à l'avance, les difficultés qui pourraient se présenter.

L'organisation de l'Association se complète peu à peu.

Le Conseil d'administration, élu dans la réunion générale des membres de la *Société civile du Concours Médical*, le 29 novembre 1893, s'est constitué le 8 décembre suivant :

M. le Dr Cézilly a été nommé Président ;
M. le Dr Maurat, Vice-Président ;
M. le Dr Gassot, Trésorier ;
M. le Dr Jeanne, Secrétaire Général ;
M. le Dr Archambaud, Secrétaire des séances.

Les fonctions des membres de ce Conseil sont absolument gratuites.

L'organisation des cadres, dans les départements, était plus difficile.

Aux termes des statuts, nous devions choisir nos correspondants dans les Bureaux des sociétés locales et les Bureaux des syndicats, mais certains présidents de ces sociétés pouvaient être prévenus contre notre œuvre par l'attitude prise autrefois par eux dans les discussions soulevées au sein de l'Association générale ; d'autres pouvaient se retrancher derrière l'âge ou les infirmités ; quelques-uns remplissaient dans leur département un mandat politique qui les en tenait éloignés le plus souvent ; enfin certaines régions n'avaient ni syndicats, ni sociétés locales.

Dans le but d'obvier à ces inconvénients, le Conseil d'Administration fit choix, dans chaque département, d'un confrère notoirement dévoué aux œuvres d'intérêt professionnel et lui délégua ses pouvoirs, en le chargeant de recruter un cadre de correspondants et de prendre en main, d'accord avec ceux-ci, les intérêts de l'Association.

Ces fonctions de haute importance et toutes de confiance furent acceptées, avec empressement, par ceux à qui elles ont été offertes, et, dès le premier jour, le zèle apporté par les délégués a été tel que l'organisation est complète dans une quinzaine de départements et en voie d'accomplissement dans plusieurs autres.

Nous avons donc, d'ores et déjà, nombre de porte-paroles autorisés dans la plupart des syndicats et des associations locales. Et c'est là chose de la plus haute importance, car il nous paraît nécessaire que la question de l'Association amicale soit mise à l'ordre du jour de ces réunions.

Nous voudrions en effet que les délégués départementaux, les correspondants de l'Association ou même les adhérents déjà inscrits, fissent, en réunion, un chaleureux appel à leurs confrères, leur exposant le rôle et l'utilité de l'Association amicale, les conviant à en examiner de près l'organisation. C'est la propagande la plus efficace, et nous en avons pour témoignage ce qui s'est passé au syndicat de Versailles, où quatorze membres sur vingt, dont se compose le syndicat, sont entrés dans l'Association.

C'est avec confiance, nous le répétons, que nous envisageons l'avenir de l'Association amicale : elle nous paraît appelée à prendre une place des plus importantes, parmi les œuvres professionnelles dues à l'initiative du *Concours médical*. Accueillie comme elle l'a été jusqu'à présent, elle trompera même les prévisions les plus optimistes.

J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les glycéro-phosphates.

Nous avons donné, dans un récent article, le résumé de l'important travail du Dr *Albert Robin*, sur la phosphaturie et l'albuminurie phosphaturique.

Dans la séance de l'Académie du 24 avril, M. Robin vient de présenter une étude non moins intéressante sur le traitement de la phosphaturie par les glycéro-phosphates. Il formule les conclusions suivantes :

X..., professeur de clinique à l'hôpital de..... (où vous voudrez), l'oracle incontesté d'une de ces nombreuses petites chapelles où l'on s'adule, à tour de rôle et hors desquelles il n'y a point de salut. — L'arrogance des initiés, vis-à-vis des philistins, est un dérivatif aux rebuffades, aux servilités et aux courbettes obligatoires, imposées par ce culte, intéressé comme les autres.

Un certificat de longue vie aux malades de notre confrère X...., à qui les pompes funèbres pourraient voter une médaille hors concours, tant il leur donne d'ouvrage.

A M. Pasteur, une superbe collection de microbes, découverts dans la carafe, dont il s'est servi pour son dernier repas.

Au Doyen, un nouveau projet fort économique pour chauffer les vastes bâtiments de la faculté et un matériel contre l'incendie, au complet, attendu qu'un homme d'esprit comme lui ne pourrait pas même fournir un *sceau !*

Au Conseil Municipal de Paris, un manuel des égards dus aux médecins qui font le service des bureaux de bienfaisance.

Au docteur C...., spécialiste pour dames, la photographie de la plus disgraciée de ses clientes.

Au baron de Pulor, dont l'avarice est légendaire, une note d'honoraires de trente mille francs pour avoir été opéré de la ladrerie, par le plus grand de nos chirurgiens (le seul, l'unique).

Il a fait croire à M. Vautour qu'il était condamné à habiter, jusqu'à la fin de ses jours, un de ses greniers mansardés, qu'il loue si cher aux étudiants et où un versificateur, soudoyé par lui, a prétendu qu'on était si bien, à 20 ans.

Au Dr P***, un grand amateur de chevaux, que Pégase logeait dans ses écuries et qu'il gagnerait certainement le grand prix, au mois de juin.

Au Docteur L***, un chasseur infatigable, qu'il était condamné à comparaître en cour d'assises, devant un tribunal de lapins, pour se disculper des innombrables assassinats qu'il a commis avec préméditation et guet-apens sur le gibier à poil ou à plumes.

Au docteur M...., qui a perdu le sommeil, le dernier volume de son collègue et ami (de l'influence de l'atavisme, en dehors de toute opéra-

1° Les glycéro-phosphates sont des agents thérapeutiques puissants, qui accélèrent la nutrition générale par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux ;

2° Ils reconnaissent la dépression nerveuse comme indication essentielle ;

3° En injection sous-cutanée, ils produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphore organique, qu'il contient. Il y a donc tout avantage à les employer à la place de ce liquide, puisque l'on substitue ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable.

4° Les observations, citées plus haut, donnent lieu d'espérer, que ces injections seront avantageusement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, des phosphaturies, de la maladie d'Addison, de quelques sciatiques et du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats sont plus incertains et tout paraît se borner à une diminution des douleurs fulgurantes.

M. Portes prépare le glycéro-phosphate de chaux en faisant réagir l'acide phosphorique *commercial* sur la glycérine à 28 degrés. L'action doit être prolongée pendant 6 jours et avoir lieu à une température de 100 à 110 degrés. Le sel est ensuite précipité par l'alcool à 90 degrés.

Le glycéro-phosphate de chaux ainsi obtenu se présente sous forme d'une poudre blanche, soluble dans l'eau froide, neutre, pouvant être mêlée au lait et servir à la préparation d'un lait surphosphaté. Le glycéro-phosphate de chaux semble être un sel plus facilement assimilable que le phosphate de chaux, et, par conséquent, susceptible d'être très utile pour l'alimentation des enfants.

Le procédé de la langue appliqué à la mort apparente dans la chloroformisation.

Le Dr *Jean Camescasse* communique à M. Laborde un nouveau succès qu'il a obtenu dans un cas de mort apparente pendant une chloroformisation, par le *procédé de la langue*.

« Le 30 mars dernier, nous avons donné le chloroforme à une femme de 50 ans (*atteinte d'un goître dur, mais peu volumineux*), pour pouvoir la débarrasser d'une masse néoplasique du sein, du volume d'une grosse noix.

« La malade s'endort difficilement ; nous usons 20 grammes de chloroforme, environ, avant d'obtenir l'anesthésie ; en cinq minutes, la tumeur fut enlevée, et nous avions commencé nos sutures quand la respiration s'arrêta brusquement, le cœur continuant encore à battre.

« Nous essayons le procédé brutal, mais rapide, du renversement : mettre la tête de la patiente en bas, les jambes en l'air, et redressement brusque : pas de résultat.

« Alors, tandis que l'un de nous pratique l'élévation rythmique des bras, l'autre *saisit la langue et applique le procédé de M. Laborde*.

« A la 10e traction, la respiration reparaît et nous pouvons terminer sans accident.

« Un seul point nous a paru difficile : *c'est d'y aller assez lentement*. Il faut perdre beaucoup de temps entre deux mouvements pour ne compter que 18 tractions par minute. »

M. Laborde ajoute :

« Relativement à la difficulté signalée par notre honorable confrère, je répéterai ici la remarque que j'ai déjà faite dans plusieurs de mes communications sur ce sujet, c'est que le nombre de 18 à 20 tractions par minute (nombre moyen des respirations normales) suffit, habituellement, à la condition, toutefois, d'opérer largement les tractions en sentant bien le déplacement de la racine de la langue et de l'appareil pharyngo-laryngien qui y est attenant.

« Mais il n'y a nul inconvénient à précipiter un peu plus les tractions, et même à les doubler, surtout lorsque l'on a conscience qu'il n'y a pas de temps à perdre, l'accident ayant déjà acquis une certaine durée, depuis le moment de sa production. Cette précipitation et cette multiplication des tractions linguales sont même néces-

---

tion, sur la production des eunuques), afin qu'en le lisant, il puisse s'endormir d'un sommeil aussi profond que celui de l'innocence.

* * *

Revenu à de meilleurs sentiments, et, après avoir ri de ses fredaines, ce fripon d'Avril n'a pas interrompu sa course, mais l'a continuée avec plus de bienveillance. Il s'est même montré fort disposé à favoriser la manie de collectionneur de notre sympathique confrère, le Dr M***, dont la maison est remplie de bibelots les plus invraisemblables. Il prétend même être l'heureux propriétaire d'objets aussi introuvables que les suivants : Une pierre du mur de la vie privée, un hémisphère de cerveau brûlé, une mèche du fouet de la satire, une arête du poisson qui a guéri Tobie de sa cécité.

Sa collection a été fort agréablement complétée par les articles ci-dessous : Un morceau du voile de l'anonyme, un moellon de la tour de Babel, un fragment de roue du char de l'Etat, un tube de couleur locale et une plume de la colombe de l'arche de Noé.

Il est à présumer que les héritiers de l'heureux propriétaire de pareilles reliques feront une vente sensationnelle, le jour où ils les mettront aux enchères.

Le docteur X*** a trouvé sur son bureau un superbe flacon émaillé, contenant de l'eau de Jouvence, la même qu'il utilise du reste dans son établissement d'hydrothérapie.

Le docteur, C***, un râtelier automatique qui dit « papa » et « maman ».

Le docteur M***, pour qui le tube digestif n'a plus de secrets, du papier à lettres avec cette devise : *Venite ad me qui stomacho laboratis et restorabo vos !*

Quant à l'auteur de cet article, un facteur à l'air ironique lui a remis quelques grains d'ellébore, ce qui l'a rendu fort mécontent et ne déridera que les lecteurs de ce journal :

Rentre en toi-même, Octave, et cesse de te plaindre.
Quoi, tu veux qu'on t'épargne et n'as rien épargné !

Dr Grellety (de Vichy).

saires chez le nouveau-né, dont les mouvements respiratoires et cardiaques sont, comme on sait, beaucoup plus fréquents que chez l'adulte.»

L'origine de l'épidémie typhoïde de Paris.

On sait que l'étiologie de l'épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi récemment à Paris, est demeurée obscure. Les uns accusaient l'eau de la Vanne, les autres les infiltrations de réservoirs ou de conduites. M. *Bucquoy* vient de donner lecture à l'Académie d'un travail fort important, qui éclaire singulièrement la question. Ces faits ont un intérêt tellement grand pour tous que nous demandons la permission de les reproduire tout au long ; ils seront bons à méditer pour les médecins de toutes les villes alimentées par des sources éloignées, au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde :

« Il existe en Bourgogne un bourg situé à 2 kilomètres environ du point de départ de l'aqueduc de la Vanne qui alimente Sens et Paris ; ce bourg se nomme Rigny-le-Ferron.

Il est placé au fond d'un entonnoir formé par la réunion de deux longues vallées, qui y apportent les eaux des collines environnantes. Finalement, ces eaux gagnent, par les deux branches du ru de Tiremont, la rivière de la Vanne. En temps de sécheresse, la ville de Paris donne gracieusement de l'eau de source qui, amenée dans le ru de Tiremont par une dérivation de l'aqueduc de Cerilly, pourvoit au besoin des habitants de Rigny et à l'irrigation des prairies. Cette eau, après avoir irrigué les champs, aboutit à l'aqueduc principal, qui lui barre la route et là elle est recueillie par une série de drains et, au moyens de pompes, refoulée dans l'aqueduc. Sur une des branches du ru est une usine d'équarrissage dont les eaux tombent dans le ru et se mêlent à celles répandues sur les prés.

Donc les eaux, qui proviennent de Rigny-le-Ferron et arrivent à l'aqueduc, sont des eaux de drainage et si, à leur origine ou dans leur parcours, elles ont subi quelque contamination, l'élément de leur contamination est porté avec elles dans l'aqueduc principal.

C'est Rigny-le-Ferron qui a été le point de départ de l'épidémie typhoïde de Paris et de Sens et ce sont les cas de fièvre typhoïde observés dans cette commune, en 1893, qui ont contaminé les eaux. Le premier cas de fièvre typhoïde a été importé à Rigny par une domestique qui y mourut le 24 décembre 1892. Le deuxième cas est celui d'un jeune homme mort le 6 mars 1893 ; le troisième malade mourut le 21 avril 1893. Enfin, il y eut un quatrième cas certain et deux cas douteux. Un puits, considéré comme contaminé, fut creusé et vidé en août 1893. Or, les champs reçurent des matières fécales provenant du deuxième malade ainsi que celles du troisième, désinfectées tardivement et mal.

Mais, comment se fait-il qu'il se soit passé huit mois, de mai 1893 à février 1894, sans que l'épidémie ait éclaté à Sens et à Paris. Cela est dû à ce que, de mai 1893 à février 1894, par suite de la sécheresse, le ru de Tirmont n'a pas reçu une goutte d'eau. La première grande pluie est survenue le 14 janvier, et du 14 au 24 janvier la hauteur d'eau devint assez considérable. Ce n'est donc qu'en janvier que les grandes pluies détrempèrent suffisamment le sol pour entraîner les éléments de contamination déposés depuis le printemps précédent. La masse des bacilles se mélangea à ce moment aux eaux de l'aqueduc, fut transportée à Sens et à Paris, et trois semaines après, temps nécessaire pour l'incubation, la fièvre typhoïde éclatait dans ces villes.

Actuellement, tout fait supposer que l'on peut regarder l'épidémie comme terminée. En ce moment les eaux des drains n'arrivent plus dans l'aqueduc, mais on sera forcé de les y envoyer de nouveau pendant les chaleurs de l'été.

On doit réclamer des modifications importantes dans la captation des eaux, qui servent à l'alimentation des villes. Les eaux de drainage traversent des groupes d'habitations, des usines insalubres, des champs où elles peuvent être contaminées, et continuer à les recueillir, c'est laisser les villes sous le coup d'accidents comme celui qui vient de se produire. Dans la région de la Vanne on pourrait capter un certain nombre de sources qui permettraient de se passer de l'eau des drains, ou mieux, on pourrait aller chercher l'eau dans la nappe souterraine de la forêt d'Oth. »

M. Bucquoy demande à l'Académie d'appuyer le vœu « qu'on arrive, le plus tôt possible, à supprimer définitivement les eaux de drainage dans l'aqueduc de la Vanne, et qu'en attendant cette suppression définitive, que des difficultés techniques et financières pourront retarder, les eaux de drainage ne seront mélangées aux eaux de sources, seules de qualité parfaite, qu'après avoir subi des examens bactériologiques sérieux et fréquemment répétés. »

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement chirurgical des pleurésies purulentes anciennes.

Souvent déjà il a été question ici du traitement des pleurésies purulentes. Indications que peuvent fournir pour ce traitement les recherches bactériologiques modernes, valeur des ponctions et des injections intra-pleurales, technique de la pleurotomie antiseptique, soins consécutifs à la pleurotomie : autant de sujets maintes fois abordés, à l'occasion des travaux originaux ou des discussions des sociétés savantes. Tout récemment, c'était l'importante communication de M. Delorme, à l'Académie de médecine. Aujourd'hui, c'est une intéressante contribution à l'étude de la chirurgie de la plèvre et des lobes inférieurs du poumon, que M. *Delagenière*, du Mans, vient de publier dans les *Archives provinciales de chirurgie* — et dont nous voudrions reproduire ici les points saillants.

Chacun sait que les pleurésies purulentes laissent souvent, après l'incision de la paroi thoracique et l'évacuation du pus, une cavité pleurale étendue, à parois éloignées l'une de l'autre, cavité qui ne présente aucune tendance à diminuer et à disparaître spontanément. Le poumon, longtemps comprimé, bridé par une plèvre épaissie, se dilate difficilement : de son côté, la paroi costale, rigide, ne s'affaisse que peu : et toutes les chances sont alors réunies pour que la cavité suppurante persiste, avec une fistule intarissable. L'amélioration, qui avait suivi l'ouverture de la poitrine et l'évacuation du pus n'est

que passagère ; bientôt est perdu tout le bénéfice de l'intervention et l'opéré s'affaiblit deplus en plus.

On demande alors à une opération thoracoplastique de rapprocher, d'affaisser la paroi thoracique vers le poumon qui ne se dilate pas : ce que fit, le premier, *Estlander*, en 1877, par la résection sous-périostée d'une portion plus ou moins considérable de plusieurs côtes. Ces côtes, dépouillées de leur périoste, sont réséquées, à leur partie moyenne, sur une longueur proportionnelle à la cavité qu'il s'agit de combler, et en nombre assez considérable, jusqu'au niveau de la limite supérieure dela cavité de l'empyème : c'est ainsi que 7 ou 8 côtes peuvent être enlevées sur une plus ou moins grande partie de leur étendue, dans certains cas d'empyèmes à très grandes cavités.

Pour éviter le délabrement considérable d'une telle intervention, et arriver au même but tout en limitant le traumatisme, M. *Quénu* se proposa de mobiliser la paroi latérale du thorax en se contentant de sectionner 5 à 6 côtes, et de les réséquer sur une faible étendue, 2 centimètres, une première fois en avant, et un seconde fois en arrière suivant deux lignes verticales : d'où résulte un volet mobile qui s'affaisse vers le poumon. (Académie de médecine, mars 1891.)

Mais l'opération d'Estlander, à côté de beaux succès, ne remplit pas toujours les espérances qu'on fonde sur elle. Et sur un total de cinq opérations pratiquées par le procédé de M. Quénu, M. Delagenière ne trouve que deux guérisons complètes, résultat très analogue à ceux obtenus par l'opération primitive d'Estlander.

« C'est que, dit M. Delagenière, dans le procédé de M. Quénu comme dans celui d'Estlander, le but visé principalement n'est pas l'effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, qui devient bientôt une sorte de clapier rempli de pus et le point de départ de fistules intarissables. L'affaissement en bloc de la paroi thoracique peut bien diminuer l'angle formé par la paroi costale et la face supérieure du diaphragme ; mais, si cet angle n'est pas effacé d'emblée en totalité, il n'y a pas de raisons pour qu'il vienne se combler dans la suite, la paroi costale demeurant rigide et le diaphragme restant toujours dans une position presque invariable, en raison de ses attaches et de ses rapports. » En un mot, la persistance du cul-de-sac costo-diaphragmatique, la persistance de cette cavité purulente à la partie la plus déclive de la plèvre : tel est le principal obstacle pour M. Delagenière. Et dès lors son but est d'*effacer ce cul-de-sac costo-diaphragmatique* et de *drainer la plèvre par ce cul-de-sac*, puisqu'il est la partie la plus déclive de la cavité thoracique ; dès lors, le poumon, s'il est capable d'extension, aura à combler une cavité toujours vide de pus et présentant le moins d'anfractuosités possible. C'est pour arriver à ce but, à cet effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique et au drainage efficace de la plèvre dans son point le plus déclive, que M. Delagenière s'est toujours attaqué, quel que soit le siège de la cavité à combler, aux *côtes inférieures* du thorax, de la 6e à la 9e. Il cherchait ainsi, non à combler la cavité de l'empyème, mais à obtenir l'effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, et à draîner l'empyème par ce cul-de-sac, afin d'empêcher toute accumulation de pus. Et, pour la diminution et la disparition de la cavité de l'empyème, pour combler le vide existant entre le poumon ratatiné vers son hile et la paroi thoracique, il comptait bien plus sur le poumon que sur la paroi. Dans trois cas de pleurésie purulente où M. Delagenière a employé ce procédé, le résultat a été remarquable.

C'est d'abord l'observation d'une jeune femme de 18 ans, qui, vers le mois de mai 1890, est soignée pour une pleurésie, qui se résorbe lentement. Dans les premiers jours de septembre, un nouvel épanchement se produit, et, malgré les moyens ordinairement employés, ne se résorbe pas. A partir de cette époque, l'état général de la malade est mauvais : elle tousse et maigrit. Bientôt la paroi thoracique devient œdémateuse ; il se forme, au-dessus du sein droit, une tumeur, qui, progressivement, augmente de volume et qui est ponctionnée au bistouri par un médecin appelé auprès de la malade. Cette ponction, faite en février 1891, donne issue à une quantité considérable de pus ; mais l'ouverture faite au bistouri se fistulise. Puis un deuxième abcès se forme sous l'aisselle, s'ouvre spontanément, et devient le point de départ d'une deuxième fistule. Par ces fistules, s'écoule un pus infect. La malade dépérit de jour en jour : voix éteinte, respiration courte, murmure vésiculaire complètement disparu à droite, même sous la clavicule ; pouls petit ; fièvre.

M. Delagenière, qui la voit alors, le 20 juin, se propose de lui réséquer un certain nombre de côtes et de mobiliser complètement la paroi thoracique.

Le 25 juin 1891, une longue incision, partant au-dessous de l'angle de l'omoplate, est faite sur le trajet de la 8e côte et poursuivie dans toute sa longueur : elle est recourbée en U à ses deux extrémités, et la partie supérieure du volet ainsi circonscrit est détachée et soulevée dans une étendue d'environ 5 centimètres. Le périoste est incisé sur la 8e côte, et détaché, avec la rugine, de sa face externe et des bords supérieur et inférieur. Puis, la côte est sectionnée au costotome, en arrière, au niveau de son angle postérieur, saisie avec un davier, et enlevée en détachant rapidement le périoste de la face interne avec une rugine ; en avant, elle est simplement désarticulée de son cartilage. La 7e côte est enlevée de la même manière, et enfin la 9e, en réclinant en bas la lèvre inférieure de l'incision. Dans la partie postérieure de l'espace occupé par la 8e côte, M. Delagenière fait une incision mesurant d'emblée dix centimètres et s'arrêtant au cul-de-sac diaphragmatique. Il s'écoule environ 1,500 gr. de pus infect ; la cavité contenant ce pus est nettoyée sous un courant d'eau stérile. Cette cavité, explorée avec la main, remonte jusqu'au 3e espace intercostal. Elle est nettoyée avec une curette, des tampons de gaze, puis avec des solutions antiseptiques. Ensuite, les deux branches en U de l'incision des parties molles sont prolongées jusqu'à la 4e côte et les 6e, 5e, et 4e côtes sont sectionnées transversalement et réséquées sur une longueur de un centimètre, d'une part en arrière, au ras du bord spinal de l'omoplate, et d'autre part en avant, vers leur extrémité antérieure : ces trois côtes forment ainsi un volet mobile, destiné à refermer plus exactement la cavité de l'empyème. Un gros drain est placé dans l'incision pleurale

à sa partie antérieure où elle atteint le cul-de-sac costo-diaphragmatique. La plèvre est suturée hermétiquement autour de ce drain ; puis le lambeau musculo-cutané est fermé à son tour.

Les suites de cette opération, qui avait duré environ une heure, furent très simples. Dès le soir, la température était descendue à la normale, pour ne présenter, dans la suite, que de légères oscillations, qui jamais ne dépassèrent 38°. Le gros tube fut remplacé par un petit le 15 juillet ; ce dernier fut supprimé cinq jours plus tard, et la malade complètement guérie sans trace de fistule le 26 juillet.

L'état général continua à s'améliorer. La paroi thoracique était légèrement aplatie dans son ensemble ; mais il existait à la partie inférieure du thorax une gouttière profonde, dans laquelle, dit M. Delagenière, on aurait logé l'avant-bras. En septembre 1892, cette dépression thoracique avait d'ailleurs considérablement diminué et la respiration s'entendait aussi bien du côté opéré que de l'autre.

Telle est cette observation, que nous n'avons pas hésité à reproduire presque in extenso, étant donné le résultat remarquable de l'intervention : guérison complète, sans trace de fistules, en un mois, d'un empyème chronique, avec fistules pleuro-cutanées ouvertes depuis quatre mois.

En somme, l'acte opératoire avait consisté en ceci : « extirper dans leur totalité les côtes en rapport avec le cul-de-sac costo-diaphragmatique pour permettre son effacement, puis mobiliser, comme le faisait M. Quénu, les côtes situées au-dessus pour permettre un affaissement général du thorax. » Mais, après guérison, M. Delagenière vit nettement que l'affaissement latéral du thorax était peu considérable, tandis que la gouttière latérale et transverse répondant au cul-de-sac costo-diaphragmatique était très accentuée, capable, nous l'avons vu, de loger l'avant-bras. Il se demanda alors si la mobilisation de la paroi latérale du thorax avait une importance aussi grande, et si la simple résection des côtes avoisinant le cul-de-sac costo-diaphragmatique n'aurait pas suffi. C'est cette rérection qu'il fit dans la suite, deux fois pour des pleurésies purulentes et trois fois pour des cas de chirurgie pulmonaire, et qui lui permit d'obtenir quatre nouveaux succès, sans persistance de fistule.

Les détails avec lesquels nous avons rapporté l'observation précédente nous permettront d'être plus bref sur les deux autres cas de pleurésies purulentes, traitées, celles-ci, par la résection des côtes avoisinant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, sans mobiliser les côtes situées au-dessus.

Une femme de 32 ans, soignée depuis longtemps pour de la tuberculose pulmonaire, est prise de dyspnée en juillet 1891 : on constate l'existence d'une pleurésie gauche. Une ponction, faite vers le 15 juillet, évacue un liquide franchement purulent. Reproduction très rapide de l'épanchement ; augmentation de la dyspnée ; voussure considérable du côté gauche de la poitrine ; le cœur bat à droite de la ligne médiane ; cyanose ; œdème des jambes jusqu'au-dessus du genou. Tel est son état le 29 juillet. Pour se mettre à l'abri, d'accidents possibles de décompression trop rapide, au moment de l'opération, M. Delagenière, qui voit cette malade le 28 juillet, commence par pratiquer, ce jour-là et le lendemain, deux ponctions successives : elles retirent, la première 1,800 grammes, et la seconde 1,500 grammes de pus : le cœur cesse alors de battre à droite de la ligne médiane.

Opération le 30 juillet 1891. Comme dans le cas précédent, longue incision partant de l'angle postérieur et allant jusqu'à l'extrémité antérieure de la 9e côte, incision recourbée en U à ses deux extrémités, etc., résection des 8e et 9e côtes, depuis leur angle postérieur jusqu'à leur union avec le cartilage. Incision au milieu de l'espace occupé par la 8e côte, évacuation de pus, nettoyage de la cavité thoracique sous un courant d'eau stérile. La main introduite dans le thorax permet de reconnaître le poumon qui est ratatiné vers son hile : mais il paraît souple à la pression, et comme devant se distendre facilement à nouveau : l'intervention est alors bornée à cette simple résection de deux côtes. Nettoyage soigné de cette vaste cavité thoracique avec une solution de sublimé au 1000e, puis avec la solution phéniquée au 20e comme précédemment, gros drain dans l'angle antérieur de l'incision pleurale, là où elle répond au cul-de-sac costo-diaphragmatique ; fermeture de la plèvre autour du tube ; suture du lambeau musculo-cutané. Après un choc très prononcé, une journée et une nuit mauvaises, avec dyspnée intense et cyanose du visage, la malade se remet peu à peu. Puis une amélioration se fait rapidement ; la malade ne présente à aucun moment d'élévation de température. Le gros tube est supprimé le 8 août et remplacé par un petit tube, qui est lui-même supprimé complètement le 15 août. Revue le 16 octobre : état général très amélioré ; la respiration s'entend dans presque toute l'étendue du thorax à droite ; une dépression latérale assez profonde répond au trajet des côtes enlevées. Mai 1892 : bon état, la tuberculose pulmonaire ne paraissant pas faire de grands progrès. Ici encore, bon résultat de l'intervention, et guérison rapide, sans fistule, ce qui est à remarquer, étant donné le fort mauvais état général de la malade, au moment de l'opération.

La troisième intervention est absolument de même ordre que la précédente. Pleurésie purulente droite, datant de décembre 1892, chez une femme de 32 ans : épanchement considérable, avec abaissement du foie et immobilisation complète du thorax à droite. Température variant entre 37 et 39°5. Etat général grave. Le 12 janvier, ponction retirant 2 litres et demie de pus épais et verdâtre. Le 14, deuxième ponction : 1 litre et demi de pus. La température reste à 39°. Le 15 janvier 1893, résection des 6e, 7e, et 8e côtes, et ouverture large de la plèvre. Il s'écoule environ 2 litres de pus. Le poumon est ratatiné vers son hile, et paraît à peine plus gros que le poing ; mais il a encore une consistance élastique. Lavage et nettoyage de la cavité, et drainage par 2 gros drains qui ressortent par la partie antérieure de l'incision, juste au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Le soir, la température est de 37°. Le 25 janvier, un des gros tubes est supprimé ; le 5 février, le second tube est remplacé par un petit, qui lui-même est raccourci progressivement et complètement supprimé à la fin de février. Guérison complète dans les premiers jours de mars.

Ces trois observations sont certainement très

instructives, et comme mode d'intervention, et comme rapidité de guérison.

Mais il subsiste une question délicate. La pleurésie purulente récente, dans beaucoup de cas, peut être traitée avec succès par l'incision simple dans un espace intercostal, par la simple pleurotomie antiseptique : ceci est abondamment prouvé. Ce qui n'est pas moins prouvé, c'est que souvent aussi la pleurotomie, bien faite et avec des soins consécutifs bien conduits, échoue, laissant la suppuration pleurale continuer et le malade avec une fistule intarissable qui l'épuise ; et c'est alors dans des conditions beaucoup moins favorables, qu'est faite une deuxième intervention plus large.

Peut-on, se demande M. Delagenière, distinguer les cas les uns des autres ?

Peut-on à l'avance déclarer que telle pleurésie purulente guérira par l'incision simple et que telle autre nécessitera une intervention plus complète ? Ici se placent les données bactériologiques, qui ont amené à des conclusions importantes pour le pronostic et le genre de traitement des pleurésies purulentes : on sait que les pleurésies purulentes doivent être classées par espèces microbiennes, chaque espèce microbienne imprimant une évolution spéciale à la maladie. C'est ainsi que la pleurésie purulente à pneumocoques, la plus fréquente chez l'enfant, est la moins grave, susceptible de guérir par empyème simple, même par les seules ponctions. Au contraire la pleurésie purulente à streptocoques, la plus fréquente chez l'adulte, réclame un traitement hâtif et énergique et c'est pour elle que l'empyème est souvent insuffisant. D'ailleurs ces données ont été exposées ici (1890, page 242 ; 1892, page 255).

Mais ce diagnostic bactériologique, dont l'utilité est incontestable, n'est pas encore vulgarisé. M. Delagenière croit qu'au point de vue pratique on pourra s'appuyer sur le résultat d'une ponction exploratrice. Cette ponction est-elle suivie d'une amélioration considérable et persistante, l'épanchement ne se reproduit-il pas avec rapidité, on pourra tenter la pleurotomie, la simple incision dans un espace intercostal suivie de drainage.

Dans tous les autres cas de pleurésie purulente, et surtout pour l'empyème chronique, ce sera à la résection costale, avec ouverture large, nettoyage et bon drainage de la cavité purulente qu'il faudra recourir.

A. Jourdan.
Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins experts et honoraires médico-légaux.

Sur la demande de plusieurs de nos correspondants, nous reproduisons les tarifs médico-légaux.

CHAPITRE PREMIER.

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

Article premier. — Au commencement de chaque année judiciaire, et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 13, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine, qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II.

Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.

Art. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle reçoit à titre d'honoraires.

1° Pour une visite avec premier pansement 8 francs.

2° Pour toute opération autre que l'autopsie 10 francs.

3° Pour autopsie avant inhumation 25 francs.

4° Pour autopsie après exhumation 35 francs.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 francs, suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 francs.

Art. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations, est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° Vingt centimes, si le transport a été effectué en chemin de fer ;

2° Quarante centimes, si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III.

Dispositions transitoires.

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'expert près les tribunaux s'ils réunissent les con-

ditions de nationalité, de durée, d'exercice de leur profession et de leur résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

ART. 12. — Le tarif prévu au chapitre 11 du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement au 30 novembre 1893.

ART. 13. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation de l'Aveyron.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Calmels, (Millau), membre de la Société amicale, de la Société locale et du Concours.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Rodez.

M. le Dr Augé (Rodez), membre de la Société locale.

Arrondissement de Millau.

M. le Dr Bompaire (Millau), Président de la Société locale.

Arrondissement d'Espalion.

M. le Dr Capoulade (Espalion), membre de la Société locale.

Arrondissement de Villefranche.

M. le Dr Cavaillé (Villefranche), membre de la Société locale.

Arrondissement de Saint-Affrique.

M. le Dr Alric (Saint-Affrique), membre de la Société locale.

La plupart des délégués départementaux nous font remarquer l'intérêt qu'il y aurait à faire parvenir les numéros du journal le *Concours*, qui ont trait à l'Association amicale, à tous les confrères qui acceptent le rôle de correspondant de l'œuvre. M. le Dr Cézilly et ses collaborateurs l'ont aussi pensé dès le début. Aussi, dès que nous parviennent les noms des confrères qui constituent chaque cadre départemental de l'Association, ces numéros leur sont adressés, afin qu'ils soient tenus au courant des actes de la Société dont ils ont à sauvegarder les intérêts, dans leur rayon.

Un bon nombre de correspondants ne pouvaient, jusqu'ici, trouver un intérêt sérieux à faire partie de l'Association amicale (qu'ils patronnaient pourtant chaudement), parce que leur âge les rapprochait trop de la limite d'entrée et de participation. Grâce aux études du Conseil d'Administration, il leur sera prochainement possible de devenir eux-mêmes membres participants, et de joindre ainsi l'exemple au précepte. C'est une bonne nouvelle que nous sommes heureux de leur apprendre.

La question sera exposée dans un des prochains numéros du journal.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

La 1re réunion des membres du *bureau de l'Union* et des représentants de la *Ligue de la mutualité* a eu lieu le 7 avril, à 9 h. du soir, sous la présidence de M. Lourties, sénateur, président de la ligue. On s'est contenté d'échanger des idées générales ; des dissentiments, des divergences d'appréciation se sont produites dès l'abord. Mais elles se sont atténuées et en résumé, il a été décidé que deux des membres présents M. *Savournin* pour l'Union, et M. Arboux, pour la ligue, travailleraient de concert, dans le but de rédiger un programme sur lequel pourraient avoir lieu les entretiens postérieurs.

La séance du Bureau de l'Union a eu lieu, le même jour, 28, rue Serpente, au siège social, sous la présidence de M. Porson.

On a d'abord examiné les comptes de la portion d'exercice écoulée depuis le mois de novembre et constaté que les dépenses étant considérables, il était opportun de les réduire. On provoquera le versement des cotisations.

Service militaire des étudiants : La question étant transportée au *Sénat*, qui n'est pas favorable, on a décidé de faire des démarches auprès de la *Commission de l'armée de la Chambre* et on a nommé une Commission de dix membres, pour aviser aux meilleures mesures à prendre.

Quant aux rapports à établir avec les *Sociétés de secours mutuels*, la Commission a été complétée à 10 membres et on a convenu, approximativement, des termes dans lesquels elle devrait s'aboucher avec la *ligue de la mutualité*.

En ce qui concerne l'*Assistance des indigents*, le Bureau de l'Union a jugé nécessaire de nommer aussi une commission de dix membres.

Pour la *médecine des Frontières*, il résulte d'une lettre reçue, qu'il n'est pas possible de savoir, à l'heure actuelle, où en est la question et si elle a fait quelques progrès, à cause des conventions internationales qui en font une question difficile à résoudre. On n'a pas jugé nécessaire de nommer une commission.

Le Bureau de l'Union s'est ajourné à trois mois.

Les dissensions confraternelles devant les Syndicats.

A défaut de l'*Ordre des médecins* bien difficile à établir, les Syndicats sont tout désignés pour connaître des dissensions, qui s'élèvent entre leurs membres : nous estimons même qu'ils peuvent présenter, sur les *Chambres de discipline*, un avantage marqué, celui d'agir par conciliation, dans le plus grand nombre des cas — et, si la conciliation est possible, on évite, grâce à elle, des faits plus graves, qui pourraient nécessiter des *jugements*.

Mais pour cela, il faut que tous se pénètrent bien de l'importance des Syndicats, il faut que tous acceptent à l'avance les décisions qu'ils pourront rendre et les solutions qu'ils donneront aux difficultés qui leur seront soumises ; il faut encore que, lorsqu'ils procèdent à l'élection de leurs *Bureaux*, de leurs *Chambres Syndicales* ou de leurs *Conseils Syndicaux*, les membres des

Syndicats sachent bien qu'ils se donnent non pas seulement des généraux, mais encore des juges.

Sans doute ils pourront avoir raison de porter leur choix sur des confrères ardents aux revendications professionnelles ou capables de mener à bien la réorganisation de tel ou tel service public — mais ils n'auront pas moins raison quand ils honoreront, en la personne d'un des leurs, toute une vie de droiture et d'honneur. Dans la vie Syndicale, on n'a pas toujours à combattre et à réformer, on a plus souvent peut-être à aplanir des conflits naissants et à concilier des intérêts opposés.

Ces considérations pourraient sembler quelque peu superflues, car on est tenté d'admettre, tout d'abord, que les médecins montrent, dans les diverses circonstances de la vie, l'esprit pratique que leur caractère professionnel semblerait devoir leur attribuer. Elles ne sont pourtant pas inutiles, si nous en jugeons par quelques faits qui nous reviennent de divers côtés et qui montrent que l'esprit syndical n'a pas encore bien profondément pénétré les cervelles médicales.

Les médecins n'aiment pas à avoir tort — cela ne veut pas dire qu'ils aient toujours raison, et, il faut bien l'avouer, la difficulté qu'ils éprouvent (le public dit : le mauvais vouloir qu'ils mettent) à s'incliner devant une opinion qui n'est pas la leur, n'est pas précisément une qualité Syndicale.

On peut être jaloux de son indépendance et cependant s'incliner devant certaines règles librement consenties. Quelle Société serait possible, si aucune loi, aucune autorité n'était respectée ?

A l'image des Sociétés, les Syndicats assurent à leurs membres un certain nombre d'avantages, mais c'est à la condition que les règlements qu'ils ont établis soient respectés dans leur esprit et même dans leur forme. — Il nous est arrivé assez souvent de nous moquer de la fo-o-o-orme pour reconnaître que, parfois, elle peut avoir du bon.

Est-il admissible, par exemple, que le Dr X., qui a, ou croit avoir à se plaindre de son confrère Y, et qui l'appelle devant le tribunal syndical, déclare immédiatement que si Y. n'est pas blâmé, frappé d'une peine ou même exclu, lui, X., se retirera du Syndicat ?

Il nous semble qu'une telle manière de procéder est injurieuse au premier chef pour les confrères qui sont appelés à juger le différend ; que c'est leur dire à l'avance qu'ils sont incapables d'apprécier les circonstances et de se faire sur la cause une opinion réfléchie.

C'est là, généralement, nous le reconnaissons, surtout un accès de mauvaise humeur, et nous savons que les faits le plus souvent ne suivent pas les paroles ; — encore vaudrait-il mieux ne pas prononcer ces paroles, qui ne peuvent qu'envenimer le débat et rendre la conciliation plus difficile.

Est-ce encore faciliter cette conciliation, but suprême de la justice syndicale, que de commencer par se faire, avec son prétendu adversaire, une guerre plus ou moins acharnée ?

R. et S. sont voisins : croyant avoir à se plaindre l'un de l'autre, ils commencent la lutte, rompent toutes relations et, après avoir épuisé toute la série des méfaits que peut inspirer l'esprit le plus détestable de mauvaise confraternité, viennent devant le syndicat.

Que peut alors la justice syndicale ? Quelle sera sa solution, en présence de deux confrères également coupables et comment pourra-t-elle ramener la paix, indispensable entre membres d'une même association ?

Ce qui n'empêchera pas le plaignant de crier sur tous les toits que le syndicat recule devant ses devoirs, ne protège pas ses membres, etc..., etc... et de continuer, avec plus d'âpreté encore, la lutte antérieure. Tandis que l'adversaire, tout heureux d'avoir vu ses torts amoindris par les torts du plaignant, chantera sa victoire en public et prendra texte de l'indulgence fatale, dont il aura bénéficié, pour renouveler, en les aggravant, ses mauvais procédés confraternels.

D'autres ne connaissent pas les exigences de la procédure : ils s'adressent directement au tribunal d'appel, passant par-dessus la juridiction de conciliation.

Si le respect de la forme, qu'ils n'admettent pas volontiers, ne leur est pas imposé, une des fonctions les plus importantes des syndicats se trouve absolument viciée, et il devient encore à peu près impossible d'opérer un rapprochement entre des confrères, qui ne sont souvent séparés que par un simple malentendu.

Mais ces exemples suffisent et il n'est pas besoin de pousser plus loin le tableau de nos misères.

Il nous paraît impossible que les syndicats médicaux ne réagissent pas contre des tendances aussi fâcheuses : ils édicteront des règlements spéciaux sur la matière et fixeront eux aussi, leur procédure, comme leur jurisprudence.

La correction de l'attitude devant la juridiction syndicale, est une condition dont personne ne saurait s'affranchir sans risquer de compromettre d'abord l'autorité morale et ensuite l'existence même des syndicats. — C'est une chose que tout le monde doit comprendre. S'il arrivait pourtant que cette notion si simple fût méconnue, les membres des Bureaux et des chambres syndicales, ceux que la confiance et l'estime de leurs confrères, ont placés à la tête des syndicats, devraient se souvenir que l'avenir de ces associations se trouve entre leurs mains et qu'il est de leur devoir de ne pas les laisser péricliter.

Dr G...

Cession de clientèle.

A quoi servent les Syndicats.

Vers le milieu de l'année dernière, un médecin de la banlieue parisienne, M. le Dr X., désireux de vendre sa clientèle, entrait en pourparlers avec un jeune confrère récemment sorti de l'Ecole, M. le Dr Y.

Après quelques jours de démarches diverses, de communications de chiffres, de renseignements préliminaires, l'entente était établie. Un acte de cession, en bonne et due forme, était dressé par un tiers compétent et autorisé, et rendez-vous pris pour la signature de cet acte.

Tout s'était passé dans le plus parfait accord.

On en était à la présentation du jeune confrère dans la clientèle, quand survint un incident qui brouilla complètement les cartes.

Le Dr X., s'était fait remplacer et suppléer, d'une façon très fréquente, dans le courant des deux dernières années, par un officier de santé, M. A... Or ce dernier, à la nouvelle de la cession qui s'opérait, arrivait dans la localité, s'installait *à l'hôtel*, et commençait la chasse aux clients du Dr X. qu'il avait pu connaître et suivre pendant plusieurs mois.

En face du préjudice, dont se trouvait atteint son successeur, par l'apparition de ce tiers encombrant, M. le Dr X. déchirait l'acte de vente. Un deuxième contrat était signé par les Drs X. et Y., portant que le montant de l'indemnité se réduirait au payement du tiers du produit annuel de la clientèle, pendant trois ans, sans que la somme des trois annuités pût excéder le chiffre de...... Et il était stipulé que ce nouveau contrat garderait sa valeur, au cas où M. A. s'installerait définitivement dans le pays.

M. A. se fixa dans la localité.

Pendant plusieurs mois M. le Dr Y. se débattit au milieu des difficultés d'une situation considérablement amoindrie. Il constatait que, pour relever sa clientèle envahie, il lui faudrait lutter beaucoup et à grands frais, et que, s'il y parvenait, son budget serait trop lourdement grevé par le payement du tiers des bénéfices (?) annuels pendant trois ans. Obsédé par cette perspective, il en vint à se considérer comme ayant été quelque peu maltraité par son prédécesseur, tandis que celui-ci pensait avoir fait plus que son devoir, pour la protection du jeune confrère qui lui succédait.

Et, de part et d'autre, on était de bonne foi dans son sentiment, mais..... de très mauvaise humeur.

Chacun faisait part de sa mésaventure à des profanes, qui ne prêchaient pas la conciliation ; chacun se montait ou se laissait monter la tête, et les relations des deux confrères en arrivaient à ce maximum de tension, qui réclame une solution bonne... ou mauvaise.

Fort heureusement, il y avait un Syndicat dans la région, et non moins heureusement on se trouva d'accord pour lui demander des arbitres.

Au jour fixé, à l'heure dite, dans une réunion que présidait un médecin dont le tact ne s'est jamais démenti un instant, depuis plusieurs années, où nous l'avons vu à l'épreuve, les deux plaignants furent longuement entendus. La cause était délicate. L'un avait pour lui le droit et l'acte de bonne forme, l'autre avait l'équité.

Et, cependant, du premier coup, le terrain d'entente fut trouvé.

A la clientèle, se rattachaient des fixes qui représentaient environ le tiers du produit. Le Dr Y. étant entré en possession de ces fixes par l'achat fait au Dr X., il était équitable de lui en faire verser le montant d'une année à titre d'indemnité de cession. Le reste de la clientèle devenant d'un rapport très aléatoire, rien ne lui était réclamé pour ce fait. Cette combinaison simple et parfaitement juste fut acceptée immédiatement, à la satisfaction des deux confrères.

Et l'accord, scellé par de chaudes poignées de main d'abord, fut proclamé le soir, la coupe en main, au dîner du Syndicat. J.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association Professionnelle des Médecins de Rouen.

30 *mars* 1894.

Présents : MM. Debout, *Président*, Brunon, de Welling, Carliez, Bugnot, Fauvel, Gervais, Jude Hue et Bouju.

Excusé : M. Giraud.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une observation de M. Jude Hue.

M. Debout prend possession de la présidence et prend la parole en ces termes :

« Mes chers Collègues,

« Mon premier devoir est de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de notre Association. C'est une tâche bien lourde, surtout après les Confrères distingués qui m'ont précédé dans cette fonction, et qui ont tous déployé un zèle et un dévouement, auquel je me plais à rendre hommage. J'aurais même bien hésité à l'accepter, si je ne savais d'avance que je peux compter sur votre concours à tous, pour mener à bien l'œuvre commune

« L'heure, en effet, est favorable. Nous sommes enfin arrivés au but de nos efforts. Tolérés seulement jusqu'alors, nous possédons aujourd'hui une existence légale.

« L'article 13 de la loi sur l'exercice de la médecine, du 30 novembre 1892, reconnaît aux médecins le droit de se constituer en Associations syndicales, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes.

« C'est donc une ère nouvelle, qui va s'ouvrir pour nous. Comme le disait si justement M. le président Porson, à l'Assemblée générale du mois de novembre 1893, au régime de tolérance sous lequel nous vivons depuis près de dix ans, succédera un état de choses régulier. Libres de toute entrave, n'ayant, pour modérateur, que notre propre sagesse, nous allons être désormais les maîtres de notre destinée.

« Je ne veux pas passer en revue tous les avantages que les médecins retireront de ces Associations, et qui figurent en tête de nos statuts. Mais il est nécessaire que le corps médical s'unisse étroitement, pour lutter avec succès contre les tendances, qui se multiplient de toutes parts, afin d'abuser de son abnégation et de son désintéressement.

« C'est dans ces sentiments que je vous convie à étudier ensemble les nombreuses questions spéciales qui nous intéressent, telles que celles relatives à l'assistance et à l'hygiène publique, à la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, aux rapports des médecins avec les Compagnies de secours mutuels et avec les Compagnies d'assurances. C'est là un champ fécond qui me semble digne d'occuper nos séances. »

M. le Président rend compte des démarches qu'il a faites auprès de M. le Directeur du service de santé, au sujet de la plainte déposée contre un médecin militaire de la garnison. Il ne peut apporter encore de réponse définitive, mais le Directeur lui a promis de prendre une décision, aussitôt qu'il aura terminé l'enquête, commencée avec le plus grand soin, ce qui ne saurait tarder.

M. Debout propose de nommer une Commission chargée de reviser les statuts, afin de com-

mencer les démarches pour faire reconnaître le Syndicat.

Cette proposition est adoptée.

Le Secrétaire, Georges Bouju.

REPORTAGE MÉDICAL

L'élévation des patentes des professions libérales, a atteint, dans les grandes villes de province 270 médecins et 356 à Paris. La recette produite s'est élevée à 185 mille francs, dont près du tiers pour les médecins. M. *Berry* va demander que les locaux affectés aux cliniques soient exemptés de cette patente. Cette réforme, s'il l'obtient, ce qui est bien douteux, se traduira par une économie de quelques centaines de francs. Est-ce bien la peine !

Mais, si M. Berry et les législateurs amis des médecins, veulent faire œuvre de portée, ils vont avoir une besogne nettement tracée.

Si les projets financiers de M. *Burdeau* pour le budget 1895 sont adoptés, les médecins de Paris, tous les médecins de province, à peu près, vont être atteints par l'impôt.

La taxe nouvelle sur les *domestiques*, va les frapper. Les domestiques du fermier, du négociant aisé, ne seront pas considérés comme exclusivement attachés à la personne ; tandis que celui du médecin de campagne sera, comme son cheval et son cabriolet, touché par l'impôt et la *taxe d'habitation* sera augmentée.

En un mot, on frappera, de nouveau et durement, des gens ne vivant que de leur travail.

En temps utile, nous tâcherons d'obtenir qu'une fois, au moins, on nous épargne.

— *Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire*, par le Dr J. A. Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris (1).

Cet ouvrage est divisé en deux parties ; le traitement des rétrécissements uréthraux, la plus importante des deux, forme les quatre cinquièmes du volume ; la deuxième partie comprend le traitement des rétrécissements œsophagiens, par l'électrolyse linéaire combiné à la dilatation.

M. Fort ne prétend pas être l'inventeur de l'électrolyse, pas même de l'électrolyse linéaire ; l'électrolyse était connue depuis Ciniselli, et l'électrolyse linéaire avait été inaugurée par Jardin. Ce que M. Fort revendique, c'est l'invention d'un instrument nouveau, qui permet de faire l'électrolyse linéaire rapidement, et sans aucune espèce de danger.

De l'étude des 160 observations contenues dans ce volume, on conclut aisément que l'opération de M. Fort est une opération bénigne et qui ne supporte pas la comparaison avec l'uréthrotomie.

Nous savons tous que l'uréthrotomie n'est pas exempte de danger, qu'elle est exposée, comme toute plaie située dans une région difficile à aseptiser, à divers accidents, qu'elle peut s'accompagner d'hémorragies graves et qu'enfin elle est fréquemment suivie de récidive. L'électrolyse linéaire, au contraire, paraît être une opération bénigne, ne donnant pas lieu à des accidents et étant suivie, moins fréquemment, de récidive que l'uréthrotomie.

C'est surtout dans le traitement consécutif que nous paraît résider la différence entre l'électrolyse et l'uréthrotomie. Après cette dernière opération, la dilatation, commencée quelques jours après, dure, au minimum, deux semaines, et encore n'atteint-on jamais une dilatation aussi grande que celle que donne l'électrolyse. Dans l'électrolyse, surtout si le rétrécissement est tendre, la dilatation peut se faire le lendemain et le surlendemain, jusqu'à un numéro que ne saurait atteindre l'uréthrotomie, c'est-à-dire 24-25 et 26.

(1) On peut se procurer cet ouvrage à la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3901. — M. le docteur Capelle, de Cambrai (Nord), membre du Syndicat de Cambrai.

N° 3902. — M. le docteur Bloud (Abel), de Châteauneuf Val-de-Bargis (Nièvre), membre de l'Association des médecins de la Nièvre.

N° 3903. — M. le docteur Letarouilly, de la Haye-du-Puits (Manche), membre de l'Association des médecins de la Manche.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le Dr *Miomandre*, de Neuilly-en-Thelle (Oise). Il a succombé, tout jeune encore, au typhus contracté, en visitant comme médecin des épidémies, un indigent qu'il dirigeait aussitôt sur l'hôpital. Notre malheureux confrère s'alitait 15 jours après et succombait malgré les soins dévoués de son ami le Dr *Bailly, de Chambly*. Encore une victime de notre redoutable profession !

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Des origines et des modes de transmission du Cancer, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par le Dr Maurice Cazin, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, médaille d'argent des hôpitaux de Paris.

La question de la nature et des origines du cancer soulève en ce moment de nombreuses discussions et cet ouvrage vient à propos nous donner un exposé de l'état actuel des connaissances relatives à l'étiologie et à la pathogénie des tumeurs malignes, d'après les travaux les plus récents auxquels sont venues s'ajouter les recherches faites par M. le professeur Duplay, avec son chef de laboratoire.

Dans une première partie, l'auteur, après avoir discuté le rôle de l'*hérédité* et celui des diverses influences générales (*alimentation, climat, races, etc.*), au point de vue de la prédisposition au développement des néoplasmes, étudie également l'action des causes locales, telles que l'inflammation et le traumatisme. Il passe ensuite en revue les principales théories émises sur la nature et les origines des cancers, en insistant principalement sur la théorie psorospermique qui n'a pas encore rallié tous les suffrages.

Dans une deuxième partie, consacrée à l'étude de l'*inoculabilité et de la contagion directe des cancers*, l'auteur rappelle les faits acquis antérieurement sur ce sujet et il donne ensuite un résumé des résultats expérimentaux obtenus par M. le professeur Duplay, le détail de ces expériences constituant, sous forme d'annexes, la troisième partie de ce travail.

Dans ses conclusions, l'auteur insiste surtout sur ce fait que la contagion directe du cancer ne paraît s'effectuer que dans des cas très rares et que l'on n'est pas en droit, par conséquent, de considérer les cancéreux comme des contagieux, au sens absolu du mot. En ce qui concerne la théorie parasitaire du cancer, et particulièrement la théorie psorospermique, l'auteur montre qu'elle ne repose actuellement sur aucun fait nettement établi, sans que l'on doive préjuger en rien de ce qui pourra résulter des recherches ultérieures.

Envoi franco contre un mandat de **5** francs. Net **4** francs pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'année préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles devant le Sénat.

La création d'une année préparatoire, suivie d'un examen des sciences physiques, chimiques et naturelles, est venue en discussion, le 8 mai dernier, devant le Sénat.

Il s'agissait de savoir si, étant donnée l'insuffisance des connaissances des futurs étudiants en matière de physique, de chimie et d'histoire naturelle, — insuffisance dont il faut bien convenir, — cette création constituait la meilleure solution du problème et si le transfert, aux facultés des sciences, de cette année d'études spéciales, ne présentait pas plus d'inconvénients que d'avantages.

La discussion a, malheureusement, été un peu confuse et la lecture du *Journal officiel* nous montre que trop souvent les orateurs sont restés à côté de la véritable question. Du reste toute cette affaire ne pouvait guère être comprise de la majorité des sénateurs, qui, suivant la juste expression de l'un d'eux, étaient absolument incompétents, et le résultat dans ces conditions ne pouvait être que négatif : on a voté l'ordre du jour pur et simple.

Il n'en a pas moins été dit des choses intéressantes, et c'est à ce titre que nous croyons devoir soumettre à nos confrères le résumé de la discussion.

L'interpellateur était M. le Dr Gadaud qui, dès le début, avait formulé ses conclusions sous la forme de l'ordre du jour suivant :

« Le Sénat, persuadé que toute restriction apportée à l'enseignement de la médecine est de nature à nuire aux intérêts de la science et de la profession médicale, et, par suite, à compromettre la santé publique,

« Invite le Gouvernement à modifier son décret du 31 mars 1894 dans le sens du maintien aux facultés de médecine des chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle médicales et de l'examen de doctorat correspondant,

« Et passe à l'ordre du jour. »

Puis, entrant dans le développement de son sujet, il avait montré les liens étroits qui unissent les sciences dites accessoires à la médecine proprement dite et la nécessité de leur enseignement avec un caractère particulier pour les étudiants en médecine.

Mais on pourra me dire, que toutes ces notions nécessaires au savant et au praticien, les facultés des sciences pourront les donner, aussi bien que les facultés de médecine. Ici, j'entre absolument dans le vif de la question.

Non, les facultés des sciences ne pourront pas plus donner cet enseignement, qu'elles ne peuvent donner l'enseignement de la chimie agricole et de la chimie industrielle.

Les facultés des sciences ne manquent pas d'hommes très instruits et qui, au sens littéral du mot, seraient parfaitement capables de donner cet enseignement ; mais, les professeurs des facultés des sciences ont un tout autre rôle et ils n'ont pas le droit de sacrifier ce rôle, qui est si élevé, pour employer leurs fonctions et leur talent à d'autres soins. Les professeurs de sciences sont faits pour enseigner la science théorique et non pas la science appliquée. En fait, l'expérience est faite de ce que j'avance. En effet, dans un rapport très remarquable qui a été présenté à la faculté de médecine de Paris par M. le professeur Le Fort, malheureusement enlevé à la science par une mort prématurée, je lis ceci :

« Un certain nombre de nos élèves n'ont commencé leurs études médicales qu'après avoir obtenu le grade de licenciés ès sciences. Ces élèves ont donc, en sciences physiques, chimiques, naturelles des connaissances générales beaucoup plus étendues que celles que possède l'étudiant en médecine de première année ; mais ces connaissances ne sont pas spécialisées en vue de la médecine et lorsque ces licenciés subissent leur premier exa-

men de doctorat, leurs notes d'examen sont trop souvent défectueuses. De 1884-85 à 1890-91, 66 licenciés ès sciences avaient à subir le premier examen de doctorat, 11 en ont été dispensés. Sur les 55 restant, 3 seulement ont eu la note : très satisfait, et 11 la note : bien satisfait; 17 n'ont eu que la note : satisfait ; 13, la note passable et 11, soit un cinquième, ont été ajournés. »

Qu'est-ce que cela veut dire, ajoutera-t-on ? Si les facultés des sciences ne peuvent, dans l'état actuel de leur organisation, se charger de l'instruction spéciale des étudiants en médecine, rien n'empêche de modifier cette organisation et de charger un personnel spécial de cette partie de l'enseignement.

S'il en est ainsi, ce n'est pas la peine d'enlever les chaires de sciences appliquées, qui fonctionent très bien à la faculté de médecine, qui sont occupées par un personnel admirablement dressé, admirablement outillé, pour les transporter dans les facultés des sciences où tout serait à créer. Ce n'est pas la peine, comme on dit vulgairement, de découvrir Pierre pour couvrir Paul ; ce n'est pas la peine de changer l'orientation de la science et de l'enseignement.

« Mais, poursuit le professeur Le Fort, nous croyons les facultés des sciences tout à fait impropres à remplir ce rôle. Même lorsqu'il s'agit de l'étude élémentaire des sciences physiques, chimiques et naturelles, le professeur ne les enseigne pas de la même manière à de futurs ingénieurs, à de futurs médecins. Il traite avec plus de détails certaines parties de l'ensemble, et il choisit parmi ses démonstrations et ses exemples ceux qui sont en rapport avec la carrière que doivent embrasser ses auditeurs.

« A ceux-ci on parlera surtout des matières tinctoriales, des pétroles, du gaz d'éclairage, des corps gras, des savons, de la saccharification ; à ceux-là de l'influence de l'azote, de l'ammoniaque, des phosphates, de la marne et de la chaux sur le développement des végétaux ; à d'autres, des alliages usuels, des minéraux, des matières textiles et des propriétés des métaux. Mais c'est à un point de vue tout différent qu'on parlera à l'étudiant en médecine des fermentations, de l'alcool et du sucre, du rôle de l'azote, de l'ammoniaque, des phosphates et de la chaux, des alliages des métaux et des tissus qui entrent dans la composition des plantes et des animaux, et quand on l'entretiendra de tout cela, ce sera toujours en vue d'une application immédiate ou future aux sciences médicales.

« Pour prévoir ou viser ces applications, il faut être médecin, et ce n'est que dans les facultés ou écoles de médecine qu'on trouvera ce personnel enseignant en possession de ces connaissances spéciales et tenu toujours au courant des applications médicales par l'influence même du milieu où il vit et où il professe. »

Et M. Gadaud citait l'exemple de ce qui s'était tout récemment passé à Marseille, où l'on avait dû créer une chaire de physique industrielle à la Faculté des sciences.

Il n'y avait donc pas de chaire de physique générale à cette faculté ? Certainement il y en avait une, et par conséquent, si vous avez été obligés de créer une chaire pratique de physique industrielle, c'est que l'enseignement théorique de la physique n'était pas suffisant pour vos futurs industriels, c'est qu'il a bien fallu que vous mettiez l'enseignement professionnel à côté de l'enseignement théorique.

Cela étant, est-ce que vous ne serez pas obligés de faire, demain, pour l'enseignement médical ce que vous avez fait hier pour l'enseignement industriel ? Est-ce que vous ne serez pas forcés de créer à côté de votre chaire de physique générale de la Sorbonne, une chaire de physique médicale, parce que la chaire de physique générale ne sera pas suffisante ?

Mais, cet enseignement médical existe dans les Facultés de médecine, qui maintenant sont pourvues de laboratoires, avec un personnel complet de préparateurs, de répétiteurs, de maîtres de conférences de premier ordre.

S'il en est ainsi, que gagneront nos élèves à aller à la faculté des sciences ? A la faculté des sciences, vous n'avez pas encore des laboratoires spéciaux organisés, vous n'avez pas de maîtres de conférences, de répétiteurs. Et ne venez pas dire que ce personnel est presque prêt, que vous l'avez sous la main ; car tous les rapports des facultés des sciences vous disent, sans exception, qu'elles ne pourront commencer cet enseignement que lorsque vous leur aurez donné des laboratoires, des préparateurs, des maîtres de conférences et surtout beaucoup et beaucoup d'argent.

Enfin M. Gadaud montre ce que cette prétendue réforme coûtera au budget. Il insiste

FEUILLETON

Infusion de pensées...... sauvages.

Ce qui va suivre est un extrait du dictionnaire humoristique et satirique du docteur Grégoire, qu'un hasard heureux a fait tomber entre mes mains.

L'auteur est pessimiste et ne voit pas l'humanité en beau ; mais, en dehors de ce parti pris d'exagération, ses réflexions sont vraiment originales et saupoudrées du sel gaulois le plus fin. C'est ce qui m'a décidé à en donner des fragments, qui feront regretter certainement à mes lecteurs de ne pouvoir parcourir le livre entier, aujourd'hui introuvable. —

Oyez plutôt :

Absinthe. — La mort en bouteille ; et très demandée, par conséquent.

Abus. — La façon dont nous nous servons des choses, surtout quand elles nous sont défendues par Esculape.

Accès. — On a des accès de tendresse, de générosité. On n'a pas d'accès d'orgueil, d'égoïsme.— Ça, c'est l'état normal.

Accoutrement. — Manière de désigner la façon dont s'habillent les autres.

Affirmer. — Verbe très actif, dont l'emploi est plus commode que celui des verbes : prouver, démontrer, convaincre.

Altercation. — Façon de converser entre maris et femmes ; entre gendres et belles-mères ; entre certains chirurgiens et pas mal de médecins.— Ah ! je crois que si le père Adam revenait sur la terre, il ne serait pas fier de ses enfants.

Bafrer. — Manger...... chez les autres.

Balais. — Ah ! s'ils faisaient leur devoir, dans certains coins, il n'en resterait plus que les manches.

Bedaine. — Divinité domestique.

Boudoir. — Un petit bazar, où il se fait de grosses affaires.

Buffet. — L'excuse du bal.

Cajolerie, flatterie, adulation. — Ah ! verse encore ! (air connu).

Candeur. — Les recherches continuent.

Cauchemar. — Un rêve, la nuit. Une réalité dans le jour ; et de tous les jours.

Chagrins. — Autant vaut en avoir de réels, puisque quand on n'en a pas, on s'en forge d'imaginaires. Et les premiers ont même un avantage, c'est de s'user avec le temps.

Consulter. — Façon respectueuse de demander à quelqu'un d'être de..... notre avis.

également sur l'augmentation de dépenses, qui sera imposée aux familles puisque la scolarité médicale restera la même qu'auparavant.

J'ai voulu me rendre compte également de ce que pouvaient être ces fameuses économies. Dans un tableau que je ne lirai pas, parce que ce serait trop long, mais que je tiens à la main, je trouve que, le baccalauréat ès sciences restreint coûte 50 francs ; le certificat d'aptitude coûtera 300 francs. L'année d'un enfant dans un lycée de Paris, revenait, tout compris, à 1,500 fr. ; devant les facultés des sciences, vous pouvez bien compter que cela coûtera au moins 2,400 fr. par an ; avec les 300 fr. que vous ajoutez, cela fera 2,700 fr. Par conséquent, votre prétendue économie se chiffre pour les familles par une augmentation de dépense des deux tiers au moins.

Maintenant, vous me direz que la dépense devant les facultés de médecine est à peu près équivalente à la dépense devant les facultés des sciences.

Cependant le premier examen de doctorat actuel coûte 50 fr. de moins que votre certificat d'aptitude. Ainsi une augmentation de dépense du côté des lycées, une autre du côté des facultés, je trouve que cela vaut la peine d'être considéré par les pauvres pères de famille.

Malheureusement, M. Gadaud commettait une erreur ; il croyait que l'enseignement de la *physique médicale*, de la *chimie médicale* et de l'*histoire naturelle médicale* serait supprimé dans les Facultés de médecine — cela affaiblit son argumentation.

Le certificat nouveau ne fera que remplacer le baccalauréat ès-sciences restreint, et les étudiants en médecine devront concurremment avec leurs études médicales proprement dites, suivre les cours spéciaux professés à la Faculté.

Aussi le ministre de l'instruction publique, M. Spuller, pouvait-il répondre :

L'honorable M. Gadaud semble croire — et toute son argumentation a porté le Sénat à penser — que désormais, dans les facultés de médecine, il ne serait plus question ni de physique, ni de chimie, ni d'histoire naturelle, qu'on supprimait l'étude de ces sciences dans les facultés de médecine ; que la médecine allait être séparée de ses supports nécessaires et légitimes.

Je commence par déclarer au Sénat, qu'il n'en est rien et il a déjà pu en avoir la preuve lorsque je me suis permis, de ma place, de déclarer que je ne songeais nullement à supprimer les sciences dites accessoires ni les concours d'agrégés aux chaires dites accessoires.

Et plus loin, il déclare que, dans les laboratoires des Facultés de médecine, les étudiants étudieront sous la direction de leurs professeurs, préparateurs et maîtres de conférences, les applications de la science aux différentes branches de la médecine.

J'ai eu soin de vous faire distribuer le rapport de MM. Brouardel et Darboux qui précède les décrets aujourd'hui attaqués ; je vous prie de vous reporter à la page 13 de ce fascicule : il y est question des épreuves qu'on devra subir à la faculté des sciences ; vous y verrez que le deuxième examen roulera sur l'histologie, la physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Le troisième examen roulera sur la médecine opératoire, la pathologie générale, les parasites, animaux, végétaux et les microbes. Tout cela est, à proprement parler de l'histoire naturelle appliquée à la médecine.

Le quatrième examen comprend la thérapeutique, l'hygiène médicale et la pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Vous voyez donc que les professeurs, bien loin de se séparer des élèves, seront admis à les suivre pendant trois années au lieu d'une. Au lieu de chasser de la faculté la chimie, la physique et l'histoire naturelle, nous les y maintenons, avec le caractère qu'elles doivent avoir.

On le voit, questions comme réponse, sont à côté du véritable sujet.

M. le Docteur Labbé avait introduit dans l'interpellation un autre argument : que vont devenir les étudiants en médecine le jour où, après leur avoir demandé une année de service militaire, on leur demandera encore de donner une année, pour la passer à la Faculté des sciences, alors qu'on ne diminue pas de 24 heures la durée de leur scolarité médicale ?

La loi actuellement en vigueur sur le recrutement de l'armée dispose, article 24 :

« Les jeunes gens, étudiants en médecine, qui

Convoi, enterrement. — Un prétexte comme un autre pour causer de ses petites affaires.

Déboire, déception. — Un des breuvages que la vie nous verse libéralement.

Désintéressement. — Ces mots là font toujours bien dans un vocabulaire. Ils sont d'une application assez rare ; mais ils sont étoffés et décoratifs.

Education. — Elle peut nous raboter, nous polir un peu, mais non nous changer ; elle ne fera jamais que du sapin soit du poirier, ni que du sureau soit du chêne.

Espérance.— Un désir qui commence à s'arrondir. C'est le plus divin cadeau que le ciel ait fait à la terre, même quand elle ne doit être qu'une illusion.

Fainéant. — Le malheureux, l'imbécile ! Il n'a donc jamais tâté du travail ?

Femme. — La *moitié* d'un homme.

Fossoyeur. — Un ouvrier qui achève le travail que nous avons commencé nous-mêmes. Notre premier fossoyeur, c'est nous.

Français. — Moins révolutionnaire qu'émeutier, moins émeutier que casseur de lanternes ; moins casseur encore que braillard ; badaud par-dessus tout. Glacier ou volcan ; mare croupissante ou torrent débordé, voilà le personnage. *Ecce Homo* !

Gentilhomme. — La naissance n'empêche pas de l'être ; mais elle ne fait pas non plus qu'on le soit.

Héritage. — Une table qu'on ne trouve jamais trop grande ; mais où l'on trouve toujours qu'il y a trop de convives.

Hésitation. — Comment vous hésitez !..... Il s'agit donc de faire une bonne action ?

Heureux. — La seule action pour l'être, c'est de se trouver tel, à tort ou à raison.

Irréprochable. — Et qui donc ?

Maître d'étude. — En voilà un qui doit avoir une jolie opinion de l'homme, s'il en juge par l'enfant !.... Et c'est l'enfant qui ne doit plus guère avoir d'illusions sur l'homme, s'il en juge par le maître d'étude.

Matin. — Méfie-toi, mon garçon ; voilà tes semblables qui se lèvent, tout frais émoulus, — méfie-toi !

Mirages. — La fraternité, la paix universelle, l'extinction du paupérisme, le règne du bon sens et de la raison etc...

Misanthrope. — Jusqu'à 30 ans, il est tout naturel, il est même bon d'avoir foi en l'humanité. De 30 à 40, on peut devenir misanthrope, c'est-à-dire la détester de tout l'amour qu'on avait pour elle, de tous les rêves qu'elle a mis en fuite, de toutes les fleurs qu'elle a fanées, de toutes les lar-

n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux, dans une ville où il existe une faculté de médecine, seront tenus d'accomplir les deux années de service, dont ils avaient été dispensés. »

Ce qui veut dire qu'ils redeviendront de simples soldats de vingt-six à vingt-sept ans et de vingt-sept à vingt-huit ans. Qu'ils soient en retard de plusieurs années ou même d'un seul examen, peu importe ! Ils auront travaillé pendant quatre, cinq, six années ; leurs familles se seront ruinées ou elles se seront mises dans la gêne pour les soutenir pendant cette période d'études ; mais ils n'auront pas pu obtenir le titre de docteur en médecine parce qu'ils n'en auront pas eu le temps ; l'armée les reprendra et les gardera deux ans, de vingt-six à vingt-huit ans.

Eh bien ! messieurs, voici le point sur lequel je veux attirer votre attention : c'est que plus de la moitié des étudiants en médecine, quoi qu'ils fassent, quelque laborieux qu'ils soient, quelque bonne volonté qu'ils aient, se trouveront dans l'impossibilité d'être docteurs en médecine à l'âge exigé par la loi militaire.

Sans doute, en théorie, on peut soutenir qu'un étudiant peut être docteur à 26 ans puisqu'il peut être bachelier à 18 ans, mais est-ce la moyenne ?

En somme, plus de la moitié des élèves sortent du lycée vers l'âge de dix-neuf ans. De sorte que quand, théoriquement, vous admettiez tout à l'heure qu'un étudiant en médecine, sortant à dix-huit ans du lycée, pouvant commencer sa médecine immédiatement, avait devant lui, après avoir satisfait pendant un an à la loi militaire, sept ans pour faire sa médecine, s'il s'agit d'un jeune homme n'ayant fini sa scolarité qu'à dix-neuf ans — et les statistiques prouvent surabondamment, que c'est là une moyenne considérable — il ne lui restera plus, l'année de service militaire étant faite, que six années. Si, sur ces six années, vous en prenez encore une pour la faculté des sciences, comme la faculté de médecine demande cinq années en moyenne, quatre années d'inscription et la dernière pour les derniers examens de doctorat et la thèse, il lui restera strictement, rigoureusement, le temps d'arriver au doctorat, à la condition, bien entendu, qu'il ne se produira pas d'accident, soit par le fait d'un échec, soit par le fait de la maladie.

Certainement, dans un milieu pareil à celui devant lequel je parle, il y a peu de personnes qui aient subi des échecs aux examens. Cependant, il n'y aurait aucune honte à avouer qu'on a pu être refusé à un examen quelconque.

Il y a des hommes qui ont été refusés au baccalauréat, à des examens de droit ou de médecine et qui sont cependant devenus des hommes remarquables.

. . . .

Dans ces cinq années, messieurs, il faut, comme je vous le disais, passer tous les examens, sans qu'il y ait aucune espèce d'interruption, ni de retard. Or, vous savez que, d'après les registres des facultés, la moyenne des refusés est considérable, bien qu'il s'agisse d'étudiants que l'on ne peut pas cependant taxer de paresse ou d'ignorance, mais qui, parfois, subissent un échec à un examen,

Dans ces conditions, vous arrivez à ceci ; si vous n'avez pas, dans vos cinq ans, passé rigoureusement tous vos examens, vous êtes obligé de faire les deux années supplémentaires de service militaire.

Mais, messieurs, j'ai à répondre à une objection, qui me sera très certainement opposée ; cette objection est la suivante : Quand, dans le régime ancien, un étudiant avait fini ses études de lycée à dix-huit ans, il fallait encore qu'il se fît recevoir bachelier ès sciences restreint : il lui fallait, dit-on, une année pour s'y préparer et, par conséquent, cela le menait à dix-neuf ans.

Donc, c'est à tort que l'on vient attaquer la réforme de l'enseignement ; en réalité, on ne modifie rien ; on a simplement reporté cette année de travail, pendant laquelle l'élève devait se préparer au baccalauréat ès sciences restreint, à un stage à la faculté des sciences.

Je vous demande pardon ! Le cas, que l'on invoque peut certainement se présenter ; mais c'est loin d'être la règle absolue, car un grand nombre d'étudiants — comme le constate dans son rapport M. Brouardel, doyen de la faculté de médecine, « la moitié » obtiennent simultanément les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences et peuvent dès lors commencer, immédiatement, leurs études en médecine.

Et si la moitié obtenaient simultanément leurs deux diplômes, la plupart des autres ne mettaient que trois mois pour obtenir le diplôme de bachelier ès sciences restreint.

La conséquence, de tout ceci, dit en terminant

---

mes qu'elle nous a fait verser. Mais plus tard, s'indigner encore, la mépriser même ?.... Ce serait lui faire trop d'honneur. A dater de 40 ans, on doit en rire ! Oui, le rire de Rabelais, le rire à ventre déboutonné, voilà tout ce qu'elle comporte, tout ce qu'elle mérite et tout ce qu'il faut lui donner.

Mort. — S'il y a un autre monde, il doit bien valoir autant que celui-ci. Si c'est le néant, il ne peut que lui être infiniment préférable. Donc, partons gaiement ! D'ailleurs, il est bien évident qu'on est mieux là-bas qu'ici... puisque personne n'en est jamais revenu.

Oisiveté. — On dit qu'elle est la mère de tous les vices. Et c'est bien naturel, puisque le travail est le père de toutes les vertus, comme de toutes les joies.

Parti pris. — C'est toujours le parti dominant, dans notre beau pays de France.

Perfide. — Ah ! le gredin, il a pris les devants.

Peuple. — Beaucoup de citoyens ; mais combien d'hommes ?

Prochain. — Aimez-le, vous y aurez du mérite ; car, vous ne l'aimerez jamais autant..., qu'il s'aime lui-même et qu'il vous aime peu.

Puérilité. — Si ça se passait, avec l'âge ; mais, c'est que, souvent, ça ne fait que croître et embellir.

Ridicules. — On ne s'en corrige pas, on les remplace.

Robe. — La citadelle la plus assiégée et la plus capitularde ; mais dans ce genre de combat, c'est toujours le vainqueur qui paie les frais de guerre.

Satire. — Un tableau, où chacun reconnaît tout le monde et où personne ne se reconnaît.

Sauver. — On l'emploie volontiers au présent et au futur : Sauvez-moi docteur ; vous me sauverez n'est-ce pas ? Mais on ne dit qu'avec la plus grande répugnance : Il m'a sauvé, surtout quand le moment approche de s'acquitter.

Trottoir. — Ah çà ! il n'y a pas de mères, à Paris ? — Il n'y a donc que des filles ?

Union. — J'admets le proverbe, avec cette petite modification. L'Union *ferait* la force.

Ne dirait-on pas que c'est écrit pour les médecins ?

Pour copie à peu près conforme,

Dr GRELLETY (de Vichy.)

M. Labbé, c'est que la plupart des étudiants ne pourront atteindre le Doctorat dans le délai voulu et devront accomplir, comme simples soldats, deux années supplémentaires de service militaire. Or il n'est pas possible qu'une telle éventualité soit à l'avance sanctionnée par le Sénat.

A cela que répond le ministre ?

Oh ! pas grand chose ! — Il conteste d'abord, ce qui prouve bien qu'il n'est pas ferré sur la matière, la durée des études, telle qu'elle ressort du discours de M. Labbé.

M. le ministre. Vous ne voulez pas voir ce qui se passe. Je vous répondrai qu'à la première année des études médicales, on est obligé de refaire l'éducation prétendue scientifique de ceux qui ont obtenu le baccalauréat ès sciences restreint ; c'est une année tout entière perdue, et les frais pour les familles restent par conséquent les mêmes.

M. Léon Labbé. Je vous demande pardon ; dans la réalité, ceci n'existe pas ; il y a parmi les étudiants des laborieux, qui ont fait leurs études dans ces conditions, qui sont devenus les maîtres les plus éminents, qui professent aujourd'hui et on ne leur a pas pris une année supplémentaire de leur temps.

M. le ministre. C'est une question de fait.

M. Léon Labbé. Mais il n'y a pas à sortir de là ; on faisait autrefois quatre années de médecine sans l'année nouvelle que vous voulez imposer aux futures générations, et l'on faisait de bonnes études. Il y a sur les bancs du Sénat, un nombre considérable de médecins distingués, qui ont fait, je le répète, leurs études dans ces conditions.

Et le ministre, après avoir répété que c'est une question de fait, trouve un argument péremptoire, c'est qu'en ce moment on ne discute pas la loi militaire.

M. le ministre. C'est une question de fait sur laquelle nous pourrions inutilement contester jusqu'à la fin de la séance. J'ajouterai seulement que ce ne serait pas sur les exceptions qui sont ici, qu'il faudrait prendre la règle. Il est certain que les membres de cette Assemblée, dont on parle, appartiennent à la catégorie la plus élevée de ceux qui ont fait leurs études médicales.

Leur présence ici en est le témoignage.

Mais ce n'est pas ce qu'il faut voir. A diverses reprises, vous avez invoqué, très justement, le rapport de M. Brouardel, qui demandait que la moyenne des études soit de quatre ans, ce qui est un régime idéal. Vous supposez que ces études sont de six à sept ans. Mais il n'y a que 140 individus, sur 600, qui font leurs études pendant six ou sept ans. Il faut raisonner sur des moyennes ; si vous ne prenez que des exceptions, je ne puis pas vous suivre.

M. Léon Labbé. J'en demande pardon au Sénat, mais je suis bien obligé d'insister. M. le ministre me donne comme argument de premier ordre, contre ma thèse, qu'il y a 140 individus, sur 600, qui font leurs études en six ou sept ans. S'il en est ainsi, je dis que nos malheureux étudiants, qui commencent leurs études à vingt ans, ne pourront pas être médecins à vingt-six ans, et seront dès lors pris par la loi militaire.

M. le Ministre. Je n'ai qu'un mot à répondre. Celui des arguments apportés par M. le docteur Labbé et qui, plus que tout autre, est de nature à faire impression sur le Sénat, s'appuie sur la dureté du régime militaire auquel peuvent se trouver soumis les étudiants en médecine ; mais ce n'est pas là la question qui est en discussion. Ce n'est pas, à l'occasion de la réforme que nous avons faite, qu'il faut accuser la loi militaire ou plutôt qu'il faut mettre cette loi en question. Si vous jugez que la loi militaire nuit à l'ensemble des études médicales, demandez la réforme de cette loi. (*Bruit et mouvements divers.*)

Si après cela, M. le Dr Labbé n'est pas satisfait, c'est qu'il sera difficile.

Telle a dû être au moins, l'opinion du ministre.

(*A suivre.*)

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement abortif du furoncle.

M. le Dr *Lœwenberg*, préconise dans une intéressante étude du *Bulletin médical*, un nouveau traitement abortif du furoncle par la cautérisation ignée.

Voici le *modus faciendi* de ce traitement abortif du furoncle par la chaleur : On se sert de galvano-cautères terminés par des pointes fines en platine, longues d'un centimètre environ et d'un millimètre de diamètre. Dès que le début d'un furoncle se manifeste par l'apparition d'une aréole rouge, entourant un poil et par la sensibilité spéciale à l'attouchement, si connue des malades sujets aux clous, on opère de la manière suivante : après avoir porté, en fermant le courant de la pile, le platine au blanc, on enfonce sa pointe, maintenue incandescente, dans le centre de l'aréole, en pénétrant assez profondément pour agir dans toute la longueur (supposée) du follicule, et en ayant soin de suivre la direction de ce canalicule. Elle se reconnaît à celle du poil qui en émerge et qui correspond avec elle plus ou moins parfaitement.

On maintient l'incandescence pendant un instant, avant de retirer la pointe de platine.

Au dire des malades, la petite opération est très peu douloureuse.

Telle est l'application du procédé, au début du furoncle. Pour peu qu'on tarde à intervenir, on verra l'aréole qui entoure le poil passer du rouge au jaunâtre. En perçant alors l'épiderme avec le galvano-cautère, on est surpris de voir déjà sourdre une grosse goutte de pus dont on aurait à peine supposé la formation. Mais ce fait ne prouve pas encore d'une façon absolue que l'intervention soit trop tardive et n'exclut pas la possibilité de faire avorter le furoncle. Seulement, dans ces conditions, il faut prolonger la cautérisation, de manière à faire grésiller, carboniser même la goutelette de pus.

Si l'on tarde encore davantage, l'espoir de pouvoir arrêter le clou devient précaire ou nul. L'intervention devra alors agir loin, en profondeur et en étendue, et atteindre une portion du derme et du tissu conjonctif sous-cutané. Aussi sera-t-elle très douloureuse, alors qu'au début du furoncle, elle ne l'était guère et portait, en outre, sur un terrain extrêmement restreint.

Le même traitement abortif serait applicable à l'anthrax au début.

Du mode d'administration de la créosote dans la tuberculose pulmonaire.

La créosote et ses dérivés constituent certainement les meilleurs agents thérapeutiques à employer contre la tuberculose pulmonaire. Or la toxicité et surtout la causticité de la créosote la rendent difficile à manier ; il n'en faut pas trop donner pour ne pas nuire à l'estomac du malade. Voici les préparations les plus commodes et les moins désagréables aux pauvres tuberculeux :

Créosote de hêtre .... 10 grammes.
Iodoforme........... 1 g. 25.
Eucalyptol.......... 5 grammes.
Acide arsénieux, de. 5 milligr. à 10 centigr.
Nitrate de strychnine 10 centigrammes.
Sulfate d'atropine... 5 milligrammes.
Extrait de poudre de gentiane et gomme arabique......... Q. S. pour 100 pilules.

De dix à vingt pilules par jour.

Quand l'expectoration est peu abondante, ou quand elle exhale une odeur désagréable, remplacer l'iodoforme par l'eucalyptol ou l'essence de romarin : 10 grammes d'eucalyptol ou 5 grammes d'eucalyptol et 5 grammes d'essence de romarin.

Lorsque les malades, outre les symptômes de tuberculose pulmonaire, présentent des troubles digestifs plus ou moins accentués, modifier ainsi la formule :

Créosote de hêtre..... 10 grammes.
Naphtol............... 6 —
Codéine............... 50 centigr.
Sulfate d'atropine... 2 milligr. 5.
Extrait et poudre de gentiane et gomme arabique......... Q. S. pour 100 pil.

De dix à vingt pilules par jour.

Lorsqu'il est nécessaire d'administrer jusqu'à 3 et 5 grammes de créosote par jour, outre les pilules déjà mentionnées, faire prendre en solution dans l'huile de foie de morue, selon la formule de M. Bouchard :

Créosote de hêtre..... 50 grammes.
Huile de foie de morue. Q. S. pour faire 1 litre.

Une cuillerée à bouche matin et soir.

On peut ajouter à cette solution 25 grammes de naphtol α qui offre l'avantage de désinfecter le tube digestif.

M. le Docteur *I. Simon*, préfère l'administrer en lavements :

Créosote pure de hêtre... 0,40 centigr.
Iodoforme................ 0,005 milligr.
Salol.................... 0,40 centigr.

Par 10 kilogs de poids du corps.

Faire dissoudre dans
Huile d'olives pure.. q. s. p. 10 c. c.

Pour une injection rectale. Une par jour.

Pour faire ces injections rectales, on emploie une sonde en gomme de petit calibre, longue de 0 m. 20 à 0 m. 30 centimètres, que l'on introduit, après l'avoir bien graissée, aussi haut que possible, et à l'extrémité libre de laquelle s'adapte exactement l'embout d'une seringue en verre d'une contenance de 15 centimètres cubes.

Avant chaque injection, on a soin de faire chauffer la solution huileuse au bain-marie ; de cette façon l'absorption est plus rapide, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Lépine de Lyon.

D'une manière générale, la créosote est surtout utile dans les cas de tuberculose chronique et apyrétique ; elle semble contre-indiquée chez les fébricitants, et nuisible dans les cas aigus.

Les différentes variétés de teigne tondante.

D'après M. le Dr *Sabouraud*, les teignes tondantes doivent être divisées en : Teignes due au *trichophyton megalosporon*, et teignes dues au *microsporon Audouini*, décrit en 1843 par Gruby.

M. Sabouraud appelle cette dernière, *tondante rebelle*, parce que son siège unique est le cuir chevelu, et parce qu'elle est la plus grave des teignes, celle dont l'évolution peut durer plusieurs années. Voici, d'ailleurs, quelques-uns de ses caractères cliniques.

Si l'on réunit, au hasard, un certain nombre de cas de teignes tondantes, pour séparer celles qui sont causées par le *trichophyton* vrai (*le megalosporon*), celles qui sont dues au *microsporum Audouini*, on peut voir que les dernières font environ la moitié du nombre total. Elle est donc très fréquente.

Au contraire de la trichophytie, elle semble débuter non par l'épiderme, mais par le poil et, quand l'épiderme est atteint, il ne paraît l'être que secondairement au cheveu. Le début passe d'ailleurs presque toujours inaperçu. A la période d'état, les cheveux se brisent à des hauteurs différentes (ordinairement 6 à 7 millimètres du follicule) ; la plaque malade se recouvre de débris squameux lamellaires, blanchâtres, qui lui donnent son aspect vulgaire, le plus connu. A distance, on dirait que sur les plaques malades, on a répandu de la cendre dans les cheveux.

Si la plaque tondante continue son évolution sans intervention d'aucune sorte, les cheveux malades, qui sont fins et qui sont devenus grisâtres, décolorés, sont tous couchés dans le même sens. Ils ont perdu toute résistance ; avec les doigts, on peut, d'un seul coup, en épiler plus d'une vingtaine, et si on dépose cette pincée de cheveux sur une feuille de papier blanc, ils demeureront tous parallèles, pris dans une lamelle épidermique, enlevée avec eux.

Les lésions se bornent à peu près à cela à la période d'état. Il est à remarquer que le microsporon Audouini est un parasite du cheveu de l'enfant ; il ne cause qu'une tondante et jamais on ne le voit, comme le trichophyton, causer chez l'adulte de lésion circinée de la peau glabre, ni de sycosis de la barbe, ni de lésions mycosiques unguéales.

Cette tondante est de beaucoup la plus grave des mycoses externes que l'enfant peut contracter. C'est d'abord la plus contagieuse ; c'est la vraie tondante épidémique des écoles, celle qui peut faire trente, quarante, cinquante contagions en quelques semaines dans une division scolaire. Lorsqu'on porte assurément le diagnostic de cette affection chez un seul enfant d'une école, on peut d'avance affirmer qu'un certain nombre des enfants du même groupe en sont pareillement atteints.

Cette teigne est grave, non seulement par son extrême contagiosité, mais encore par sa durée extraordinaire. C'est la vraie tondante rebelle, celle qui peut persister pendant des années. On peut dire que sur un groupe d'enfants malades, le premier tiers se trouve guéri en huit ou dix mois, le second en douze ou quinze mois. Les guérisons des derniers s'échelonneront ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Cependant, c'est une maladie extrêmement bénigne, en ce sens qu'elle demeure exclusivement épidermique, qu'elle est absolument indolore, sans aucune importance au point de vue de la santé générale de l'enfant. Enfin, elle se termine inva-

riablement par la guérison complète ; il n'est pas un cheveu atteint, qui ne finisse par repousser, même spontanément et par retrouver l'intégralité de ses caractères.

Le diagnostic différentiel est fondé presque tout entier sur l'aspect du cheveu ; aussi faut-il se rappeler que dans la trichophytie vraie, la trichophytie à grosse spore, le cheveu est cassé court, qu'il est gros, assez rare sur la plaque malade. Au contraire, dans la tondante spéciale de Gruby, les cheveux parasites sont fins, grisâtres, abondants, très près l'un de l'autre, couchés, dans le même sens ; de plus, chacun d'eux est entouré, à sa base, d'une sorte de gaine grise qui semble une pellicule épidermique.

Enfin, la tondante *trichophytique* ne s'observe guère que de la seconde enfance à la puberté ; tandis que la mycose spéciale de Gruby, contractée presqu'exclusivement dans la première enfance, ne se rencontre que rarement au-delà de huit ans, sauf comme reliquat d'une contagion antérieure.

Au point de vue du traitement, la localisation du parasite dans la racine même du cheveu, à une profondeur relativement considérable, et inaccessible à toutes les substances parasiticides, rend l'action de tous les procédés de traitement fort illusoire, y compris l'épilation qui le plus souvent n'amène au dehors qu'une partie du cheveu, en raison de sa fragilité.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques*).

Abcès de la voûte palatine produits par les racines des molaires.

D'après le Dr *Dunogier*, de Bordeaux, les abcès de la voûte du palais, au moins chez l'adulte, sont causés par les racines internes des molaires petites ou grosses. La plupart des auteurs sont muets à cet égard ; le seul qui ait émis un avis à ce sujet, Tomes, est d'un avis diamétralement opposé : « Pour une raison, dont on ne se rend pas bien compte, dit-il, le pus qui vient former un abcès à la voûte palatine provient toujours d'une incisive latérale. »

La raison qui a échappé à Tomes serait facile à trouver ; c'est le voisinage de la suture de l'os incisif avec le maxillaire, suture dont on retrouve bien quelquefois les vestiges sur les maxillaires d'un jeune sujet, mais dont il est difficile sinon impossible de retrouver les traces chez l'adulte.

Les Anglais ont-ils la mâchoire autrement conformée que nous ? Cela est possible. Dans tous les cas, M. Dunogier a noté, pour sa part, que les abcès occasionnés par les incisives latérales s'ouvraient plutôt du côté du vestibule ; ce que l'on conçoit aisément, puisque de ce côté les racines sont à fleur de gencive, alors que du côté de la voûte palatine elles sont séparées de la muqueuse par une lame épaisse de tissu osseux.

M. Dunogier rapporte l'histoire d'une dame qui avait un abcès palatin rebelle à tout traitement et paraissant provenir d'une incisive, à côté de laquelle il se trouvait. Pourtant, il dépendait d'une molaire, car l'extraction de la première petite molaire et de la racine palatine de la 2e grosse molaire, fit cesser les accidents et tarir l'abcès ; le pus, au lieu de se frayer directement un passage du côté du palais, au niveau de cette racine, aura progressé lentement dans le tissu spongieux de l'arcade alvéolaire jusqu'à la deuxième, puis jusqu'à la première petite molaire.

REVUE DE CHIRURGIE

Le vingt-troisième congrès de la Société allemande de chirurgie.

Deux grandes questions de chirurgie osseuse, intéressantes pour tous les praticiens, ont été mises à l'ordre du jour au dernier congrès que les chirurgiens allemands ont tenu à Berlin du 18 au 21 avril : celle des *résultats du traitement conservateur dans la coxite tuberculeuse*, et celle de *l'intervention précoce dans l'ostéomyélite*.

Lorsque l'on traite un cas de coxalgie, il est souvent impossible, même après plusieurs mois, de se faire une idée exacte du résultat que l'on obtiendra, et de prévoir quel sera le sort ultérieur du malade. Peut-on espérer la guérison complète ? Quel sera le résultat au point de vue fonctionnel ? Quelles craintes doit-on avoir de voir le coxalgique succomber ultérieurement à la tuberculose ? Autant de questions que l'on se pose, et auxquelles il est bien difficile de répondre, parce que l'on connaît encore trop peu la marche naturelle de la coxalgie, et l'influence exercée sur elle par le traitement conservateur ou opératoire : ceci, faute surtout de statistiques assez complètes, et suffisamment renseignées sur les résultats à longue échéance. Pour combler cette lacune et se rendre compte de la valeur du traitement conservateur dans les coxites tuberculeuses, M. Bruns a fait une enquête sur tous les cas observés à la clinique de Tubingue depuis quarante ans : soit un total de 600 malades. Elimination faite des cas pour lesquels le diagnostic a été reconnu douteux, ou les renseignements ultérieurs insuffisants, le nombre des faits utilisables se trouve réduit à 390. Sur ce nombre, 321 ont été traités par les moyens conservateurs, et 69 par la résection.

L'étude de ces 321 *cas traités par la conservation* amène Bruns aux conclusions suivantes : La coxite tuberculeuse guérit par le traitement conservateur dans 55 % des cas ; la guérison s'opère dans un laps de temps de quatre ans en moyenne. La terminaison mortelle, observée dans 40 0/0 des cas, reconnaît ordinairement pour cause, une tuberculose d'autres organes et principalement des poumons et des méninges, plus rarement une tuberculose miliaire, une dégénérescence amyloïde des organes dans les cas de suppuration, ou encore l'épuisement ou l'infection septique ; la mort survient en moyenne après trois ans de maladie. — Dans un tiers des cas environ, la coxite tuberculeuse évolue sans suppuration ; dans les deux autres tiers, il y a formation d'abcès et de fistules. Et c'est de cette existence ou de cette absence de suppuration que dépend essentiellement le pronostic, dans chaque cas particulier. Ainsi, dans les formes non suppurées, le chiffre des guérisons s'élève à 77 0/0, et dans les formes suppurées à 42 0/0, seulement. — L'âge du malade, lors du début de la coxalgie, est encore d'une importance capitale pour le pronostic. On sait que la coxite tuberculeuse atteint presque exclusivement les individus âgés de moins de vingt ans : dans la statistique de Bruns, 48 0/0 des cas, soit la moitié, ont été observés dans la première période

décennale de la vie. En général, le pronostic est d'autant plus sombre que la maladie a débuté à un âge plus avancé (65 pour 100 des guérisons pour les dix premières années de la vie, contre 56 pour 100 pour la période de dix à vingt ans, et 28 pour 100 seulement pour la période de vingt à quarante ans). Pour les coxites suppurées, en particulier, les chances de guérison sont minimes chez les individus âgés de plus de vingt ans. — Bien souvent les sujets guéris de coxite tuberculeuse succombent ultérieurement à la tuberculose d'autres organes : ainsi 6 pour 100 des enfants guéris âgés de un à dix ans meurent plus tard de phtisie pulmonaire ; cette proportion s'élève à 9 pour 100 chez les individus âgés de onze à vingt ans, et retombe à 7 pour 100 chez ceux qui ont dépassé la vingtième année.

Dans quel état trouve-t-on les coxalgiques guéris par le traitement conservateur ? En bon état, dit Bruns. La plupart d'entre eux jouissent d'une excellente santé et d'un état fonctionnel très satisfaisant du membre malade, même dans les cas de lésions graves de l'articulation. Ils marchent facilement, longtemps, et cela, malgré l'atrophie, un certain degré de raccourcissement du membre, et une ankylose plus ou moins complète de l'articulation : d'où une claudication toujours assez accentuée. En effet, dans tous les cas, la mobilité de l'articulation est très limitée ou complètement abolie : et cette ankylose est surtout fréquente après les formes suppurées. Presque sans exception aussi, le membre est en attitude vicieuse : flexion avec adduction, plus rarement avec abduction : c'est surtout cette attitude vicieuse qui est une cause de gêne fonctionnelle, bien plus que le raccourcissement. Quant à ce raccourcissement, il reconnaît plusieurs causes. D'abord, un arrêt de développement du membre, constant chez les sujets dont la coxite remonte à l'enfance : le raccourcissement de cet ordre ne dépasse guère 3 centimètres, et il est dû à l'inactivité du membre plus qu'à une lésion du cartilage épiphysaire, puisque dans la majorité des cas, il intéresse également la jambe et le pied. Seconde cause de raccourcissement : l'élévation du grand trochanter, par suite de la destruction de la tête fémorale et du rebord de la cavité cotyloïde ; il atteint souvent un haut degré, 4 centimètres, en moyenne. Et au raccourcissement réel vient encore s'ajouter *le raccourcissement apparent dû à l'élévation du bassin* ; le raccourcissement total qui en résulte, en moyenne 7 centimètres, peut atteindre 10 et 12 centimètres.

Néanmoins, malgré l'atrophie du membre, malgré l'ankylose, l'attitude vicieuse plus ou moins prononcée, et le raccourcissement qui entraînent une claudication toujours assez accentuée, ces coxalgiques guéris marchent facilement, sans soutien, tout en boîtant, et peuvent fournir de longues marches sans fatigue.

Ces résultats fonctionnels définitifs ne sont donc nullement décourageants. Ils ont été obtenus au cours d'une longue période d'années, pendant lesquelles se sont succédé diverses méthodes thérapeutiques ; le traitement par les révulsifs, puis l'immobilisation dans des appareils et l'extension par des poids, enfin les injections iodoformées.

Comparant ensuite à ces cas traités par la méthode conservatrice, ceux dans lesquels on a eu recours à la résection, Bruns en conclut que ces derniers n'ont pas donné de meilleurs résultats — soit au point de vue de la mortalité — soit en ce qui concerne le résultat fonctionnel. Mais il faut ajouter qu'un grand nombre de ces résections ont été faites dans la période pré-antiseptique, et, par conséquent, ont donné des résultats déplorables : d'où un élément d'erreur pour l'appréciation de cette opération, dans une statistique où l'on réunit ensemble tous les cas de résection, quelles que soient les conditions chirurgicales dans lesquelles ils aient été pratiquées. Aussi, avant de condamner la méthode, faudrait-il séparer les résections faites avant la période antiseptique d'avec celles qui ont été pratiquées depuis — et attendre de nouveaux faits, plus nombreux, de résections.

En somme, c'est le traitement conservateur que préconise Bruns : pour lui, quoiqu'on ne puisse encore émettre sur la résection un jugement suffisamment précis, du moins peut-on dire dès maintenant qu'elle n'est justifiée que lorsqu'un traitement conservateur persévérant n'a pas conduit au résultat désiré. Son avis a été partagé par tous ceux qui ont pris la parole après lui, dans la discussion qui a suivi son rapport.

Schede (de Hambourg), sur 185 cas de coxite tuberculeuse traités par les moyens conservateurs, a obtenu 68 % de guérisons, et 60 °/o seulement sur 73 cas traités par la résection. C'est le traitement iodoformé, qui lui a fourni les meilleurs résultats, et, depuis qu'il a mis en pratique la méthode de traitement par l'iodoforme, il a beaucoup moins souvent qu'autrefois à pratiquer la résection : ainsi, en particulier, il a obtenu par les injections iodoformées la guérison de 6 cas de coxite avec abcès, pour lesquels autrefois il aurait eu recours à la résection. Helferich (de Greifswald), a l'intime conviction qu'à l'avenir, c'est au traitement conservateur que l'on devra s'attacher de plus en plus, et Gussenbauer (de Prague), après avoir vu plus de 50 coxalgiques guérir par le traitement tonique et hygiénique, déclare réserver la résection aux cas où elle devient indispensable, c'est-à-dire aux coxalgies compliquées de destructions osseuses, de suppurations avec fistules. Seul von Bergmann (Berlin), plaide la cause de la résection. Dans l'appréciation des résultats de cette opération il ne faut pas oublier que, pratiquée dans les formes graves de la coxite, elle est souvent suivie d'une amélioration considérable de l'état général. Et, pour les résultats définitifs, von Bergmann pense que la résection peut en donner d'aussi satisfaisants que la méthode conservatrice, à la condition d'être suivie d'un traitement post-opératoire approprié, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une ankylose complète en bonne position : résultat qui n'est souvent atteint qu'après des années de traitement.

Un point intéressant est encore à noter dans les résultats de l'enquête qu'a poursuivie Bruns. D'abord, en rectifiant le diagnostic de ces 600 cas, Bruns a été frappé de voir qu'un grand nombre de faits considérés comme des coxites légères ou commençantes n'étaient autres que des *incurvations du col du fémur*. Qu'est-ce donc que cette affection ? Il s'agit là, d'après Bruns, d'une déformation du col du fémur se dévelop-

pant à la période de croissance sous l'influence du poids du corps : cette affection, débutant par une période de douleurs et de troubles fonctionnels, c'est-à-dire par des symptômes semblables à ceux de la coxite tuberculeuse, est souvent confondue avec cette dernière. Cette incurvation anormale du col du fémur n'est pas aussi rare qu'on serait tenté de le supposer ; et depuis 1889, époque à laquelle Müller fit à la clinique de Bruns l'examen anatomique de cette déformation, *Hofmeister*, dans cette clinique, en a observé 33 cas, sur lesquels il se base pour sa communication, venant appuyer celle de son maître Bruns. Cliniquement, cette affection débute par des douleurs dans la hanche et de la claudication, se produisant d'abord à la suite d'une longue marche, d'une fatigue exagérée : plus tard, une marche très modérée suffit à les provoquer ; et finalement tout travail devient impossible. Cette maladie présente des alternatives de rémission et d'exacerbation. Au bout de deux à trois ans, les douleurs cessent : mais le malade conserve un raccourcissement réel du membre par suite de l'élévation du grand trochanter au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton (ligne unissant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ischion). En outre, on constate une diminution ou même l'abolition des mouvements d'abduction ainsi que de la rotation interne : le membre est en rotation en dehors, et le malade peut lui imprimer des mouvements de rotation exagérée dans cette même direction. Anatomiquement, la raison de ces phénomènes consiste dans une incurvation du col du fémur qui peut aller jusqu'à former un angle droit avec la diaphyse. Cette incurvation du col se produit en bas et aussi un peu en arrière : d'où l'élévation anormale du grand trochanter et la rotation du membre en dehors. En somme, c'est une déformation du col du fémur, produite par le poids du corps grâce à une diminution de résistance de l'os : aussi est-ce pendant l'enfance qu'on l'observe, plus rarement à l'époque de la puberté. A ces signes cliniques, on voit combien facilement, au début, cette affection peut être confondue avec la coxalgie. Les signes différentiels seraient, d'après Hofmeister, pour l'incurvation du col du fémur, l'absence d'abduction du membre (abduction qui est, au contraire, la règle dans la première période de la coxalgie) et l'intégrité de l'articulation constatée sous le chloroforme. Le traitement ne consiste que dans le repos du membre. Ce n'est que bien rarement que l'on sera amené à pratiquer une ostéotomie sous-trochantérienne pour remédier à la rotation exagérée du membre en dehors.

Pour la seconde question mise à l'ordre du jour, celle de l'*intervention précoce dans l'ostéomyélite*, avec *Küster* (de Marbourg), rapporteur, presque tous les chirurgiens ont été d'accord pour préconiser l'*intervention hâtive sous forme d'ouverture large du canal médullaire*, à la gouge et au maillet.

Depuis l'époque, dit *Küster*, où Chassaignac conseilla la désarticulation du segment de membre affecté d'ostéomyélite, la question du traitement opératoire, au début de cette affection, a subi de nombreuses fluctuations. Les uns ont conseillé l'incision des parties molles y compris le périoste, d'autres ont préconisé la trépanation de l'os ou l'ouverture large de la cavité médullaire, d'autres, l'ablation totale de la diaphyse. Cette dernière opération a été à peu près abandonnée, vu l'insuffisance de l'os de nouvelle formation, et le raccourcissement parfois considérable du membre qui peut en résulter. A peu près abandonnée aussi la trépanation, moyen peu sûr, souvent insuffisant : les foyers purulents, qui se produisent dans la moelle osseuse, sont souvent disséminés et séparés les uns des autres ; par la trépanation on risque de n'évacuer qu'un seul de ces foyers. Le traitement rationnel consiste donc en l'ouverture large de la cavité médullaire dans une étendue suffisante pour mettre à découvert toutes les parties malades et en faire l'ablation : de fait, c'est le mode de traitement généralement admis de nos jours. Les opinions ne diffèrent guère que sur la question de savoir à quel moment, à partir du début de la maladie, l'opération doit être pratiquée. Pour sa part, Küster, dès 1881, a eu recours à l'ouverture précoce du canal médullaire ; depuis cette époque, il a ainsi traité 24 malades affectés d'ostéomyélite récente. Sur ce nombre, 14 ont été opérés dans les deux premières semaines qui ont suivi le début de la maladie ; aucun n'a succombé : 9 ont rapidement guéri sans fistules ; 5 ont eu des fistules consécutives qui se sont fermées ultérieurement. Dans la troisième semaine, Küster a opéré 3 malades, dont 2 sont morts, et l'autre a guéri après avoir eu une fistule. Quant aux cas opérés après la troisième semaine, ils ont donné aussi des résultats favorables : mais c'étaient des cas légers, et encore les cas de guérison sans fistules ont-ils été proportionnellement moins nombreux que dans la première série. Ce que l'on peut conclure de ces faits, c'est que l'opération précoce est capable de guérir rapidement l'ostéomyélite, sans toutefois pouvoir toujours prévenir une terminaison fatale. Il est évident qu'il existe des cas exceptionnellement graves, qui entraînent la mort par infection générale, que l'opération ait été précoce ou non. Mais, dans tous les cas où l'infection est localisée, l'opération hâtive a l'avantage d'amener une guérison plus rapide. Et ce qui rend encore tout à fait rationnelle cette opération hâtive, c'est que plus on s'éloigne du début de la maladie, plus l'infiltration purulente tend à s'étendre dans l'épaisseur de l'os et du tissu médullaire, et plus aussi la guérison sera lente à la suite de l'intervention. Cette opération précoce peut encore sauver des malades même gravement atteints : parfois, en ouvrant aussitôt l'os et la cavité médullaire, on ne trouve que peu ou pas de pus, et cependant à la suite de l'intervention la fièvre tombe, et l'affection marche vers la guérison.

Il est donc de première importance de porter de bonne heure un diagnostic exact, et, celui-ci bien établi, de se décider rapidement à intervenir. L'âge du sujet, le début souvent aigu des accidents, l'intensité des phénomènes généraux, enfin les signes de localisation et l'intensité de la douleur au niveau de l'os atteint, rendent le tableau clinique caractéristique, surtout dans les cas ou l'ostéomyélite aiguë affecte les os longs. Dans ces conditions, différer l'intervention est une faute aussi grande que la différer dans la hernie étranglée, par exemple. Conclusion du rapport de Küster : dans l'ostéomyélite, l'intervention doit être précoce, hâtive, faite aus-

sitôt que le diagnostic est bien établi et la localisation nette ; cette intervention doit être large ; il ne faut pas se borner à trépaner l'os atteint, moyen insuffisant en raison de la multiplicité possible des foyers purulents intra-osseux ; on doit l'ouvrir largement au ciseau, et nettoyer avec la curette la cavité médullaire de toutes ses parties malades ou suspectes.

Mêmes conclusions de la majorité des faits apportés par d'autres chirurgiens, à la suite du rapport de Küster. Ainsi KAREWSKI (de Berlin) a chaque année à traiter dix ou douze cas d'ostéomyélite. Son avis absolu est qu'il faut opérer dès que le diagnostic a pu être établi. Dans tous ces faits d'opération précoce, et notamment dans un cas où il a pu intervenir trois jours après le début de la maladie, il a trouvé la moelle osseuse malade : alors même qu'il n'y a pas encore de suppuration, avant que des abcès se soient collectés, on trouve la moelle décolorée, hyperhémiée, parsemée de points jaunâtres. Il considère aussi la trépanation comme insuffisante ; seule l'ouverture à la gouge peut parer au danger. La précocité de l'intervention est de la plus haute importance, tant au point de vue général, pour prévenir les dangers de la pyohémie, qu'au point de vue local, pour le membre malade : avec l'intervention précoce, l'ostéomyélite guérit en trois ou quatre semaines, tandis qu'il faut de trois à six mois, lorsque l'intervention est tardive, lorsque se sont formés des abcès et des séquestres.

Cependant NASSE, qui a perdu 7 malades sur 37 opérés à la clinique de Bergmann, où la règle du traitement consiste aussi dans l'ouverture précoce de la cavité médullaire, a remarqué que ce sont les opérations pratiquées dans les huit premiers jours, qui ont donné les pires résultats. C'est que précisément, il s'agissait de formes très-graves d'ostéomyélite arrivées de très-bonne heure à l'hôpital, en raison même de l'exceptionnelle gravité des symptômes. Par contre, les cas dans lesquels les malades ont été opérés au bout de deux à trois semaines ont donné de fort bons résultats, parce qu'il s'agissait alors de formes relativement bénignes. S'appuyant sur un total de 155 cas observés à Hambourg, qui lui ont donné une mortalité de 20 %, SCHEDE divise aussi en deux groupes les faits d'ostéomyélite. Le premier groupe renferme les cas dans lesquels dominent les symptômes généraux à caractère septicémique ou pyémique : les malades de cette catégorie sont voués à une mort certaine en dépit des opérations les plus précoces. A l'autopsie on trouve des foyers métastatiques dans la plupart des organes ; il s'agit en somme d'une infection générale, d'une septico-pyohémie, la lésion osseuse n'étant qu'une des manifestations locales de l'infection.

Le second groupe comprend les cas dans lesquels la maladie affecte un caractère plus ou moins franchement local : c'est dans ces cas que l'ouverture précoce et large de l'os donne sûrement de bons résultats, et elle s'impose comme le seul moyen de prévenir la formation de foyers métastatiques et la pyohémie.

M. JOURDAN,
Interne des Hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation des Deux-Sèvres.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Pillet (Niort), secrétaire de la Société locale, membre du Concours, président du Syndicat départemental.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Niort.

M. le Dr Mayet (Niort), trésorier de la Société locale.

Arrondissement de Bressuire.

M. le Dr Brillaud (Bressuire), délégué à la Commission administrative de la Société locale.

Arrondissement de Melle.

M. le Dr Gaud (Melle), délégué à la Commission administrative de la Société locale.

M. le Dr Good (La Mothe Saint-Héray), membre de la Société locale, adhérent à l'Association amicale.

Arrondissement de Parthenay.

M. le Dr Gaillard (Parthenay), Vice-président de la Société locale, membre du Concours.

M. le Dr Marion (Parthenay), membre du Concours et du Syndicat départemental.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

19 *avril* 1894.

Présents : MM. Darin, *président ;* Jeanne, Ribard, Gille, Cailleret, Pannetier, Bouillet, Giberton, Pluyeau, Midrin, de Fourmestraux, Héliot, Christen, Le Menant des Chesnays, de Grissacs, Pineau, Surre, Groussin, Peck.

Excusés : Martin, Debord.

Le Syndicat est légalement constitué depuis le 5 février 1894. Le Docteur Ribard, Secrétaire, communique l'accusé de réception du dépôt des Statuts, fait à la Mairie de Versailles.

Les Docteurs Licke et Boyer ont envoyé leur démission, qui a été acceptée.

Les Docteurs Nollet (Bougival) et Christen fils (Vaucresson) sont admis à l'unanimité membres du Syndicat.

Déclaration des maladies épidémiques.

L'Administration n'a pas envoyé le carnet annoncé ; faut-il faire cette déclaration ?

Les avis sont très partagés.

Cependant la loi est formelle et la majorité des membres du Syndicat est d'avis que les médecins sont tenus de faire la déclaration à la Mairie, celle-ci devant la transmettre à la Préfecture.

Réglement d'honoraires.

Le Docteur Héliot demande l'avis du Syndicat au sujet d'un différend pendant entre lui et un client pour le règlement d'honoraires.

Le Syndicat, après avoir examiné à fond les divers points du différend survenu entre le Docteur Héliot et son client M. C..., après avoir consulté

notamment les tarifs d'honoraires en vigueur dans la région et s'être rendu compte et de la situation de fortune de M. C..., et de l'importance du service rendu par le Docteur Héliot :

Estime que le chiffre des honoraires réclamés par le confrère étant plutôt modique qu'exagéré, engage ce dernier à ne pas l'abaisser, et dit, que dans le cas où le différend serait porté devant un tribunal, le Syndicat aiderait le Docteur Héliot de son influence et de ses deniers, en vue du recouvrement des honoraires qui lui sont dus ;

Autorise, en outre, M. le Docteur Héliot à communiquer cette décision à son client, ou à toute autre personne qu'il lui plaira d'informer.

Association amicale.

Le Docteur Jeanne, Secrétaire général de l'Association amicale des Médecins de France, pour l'indemnité-maladie, expose la situation de la Société. Il constate que le Syndicat a parmi ses membres un certain nombre d'adhérents. Il regrette que la plupart des médecins ne soient pas au courant de la question ; c'est pourquoi les adhésions ne sont pas plus nombreuses. Beaucoup de confrères veulent voir les résultats avant de s'engager.

Les adhérents sont au nombre de 130 ; il faudrait 300 adhérents pour être admis à payer double cotisation et toucher double prime.

Le Docteur Cézilly fait étudier, par l'actuaire, la combinaison qui permettrait de payer l'indemnité au-delà de 65 ans.

Le questionnaire médical, qui éloignait quelques confrères a été réduit à une appréciation du Médecin-examinateur.

Il y a aussi des confrères qui montrent trop de délicatesse ; ils n'osent se proposer, car ils ont eu un accident quelconque, à une époque de leur existence.

A la suite de cette communication et après quelques explications du Docteur Jeanne, plusieurs membres du Syndicat ont demandé leur admission.

Sociétés de Secours mutuels.

Le Syndicat passe ensuite à la discussion sur les mesures à prendre au sujet des membres participants, non ouvriers, des Sociétés de Secours-Mutuels.

Après avoir discuté vivement la question, le Syndicat adopte la motion suivante :

Considérant que les réductions d'honoraires, consenties par les Médecins en faveur des Sociétés de Secours-Mutuels, n'ont de raison d'être que si elles profitent exclusivement à l'ouvrier, dont la maladie vient aggraver la situation souvent difficile, mais qu'il n'y a aucun motif pour que les membres de ces Sociétés, qui sont dans l'aisance, et souvent beaucoup plus riches que le médecin, bénéficient également de cette réduction ;

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles est d'avis que les membres participants des Sociétés de Secours-Mutuels, qui ne sont pas ouvriers, doivent rémunérer les soins médicaux au taux habituel des clients ordinaires appartenant à la même catégorie.

Bureau.

Le Docteur Jeanne, Vice-Président, est acclamé Président ;

Le Docteur Pineau, malgré sa résistance est élu Vice-Président ;

Le Docteur Pannetier, pressé par le Docteur Jeanne, accepte les fonctions de Secrétaire ;

Le Docteur Lécuyer, absent, est maintenu dans ses fonctions de Trésorier ;

Le Docteur Darin remercie le Syndicat de lui avoir facilité sa tâche de Président, par les marques de confiance et d'estime qu'il lui a toujours prodiguées.

Le Secrétaire,
Docteur Pannetier.

REPORTAGE MÉDICAL

Le 2e dîner statutaire pour l'année 1894 de l'**Association de la Presse médicale française** a eu lieu le 11 mai 1894, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. de Ranse, syndic. Dix-sept membres assistaient à cette séance.

Le Secrétaire général a fait part de ce qui s'est passé depuis la dernière réunion et des démarches qu'a nécessitées l'envoi en Russie de la brochure imprimée pour perpétuer le souvenir du banquet offert sous l'initiative de l'Association, par le corps médical français aux médecins de l'Escadre russe. Il a donné ensuite communication de la lettre de remerciements du Czar, reçue par l'intermédiaire de l'Ambassade de Russie.

Sur la proposition de M. Rollet, l'Assemblée a décidé de souscrire la somme de 50 francs pour le monument Diday à Lyon. M. Gouguenheim a fait son rapport sur la candidature de M. le Dr M. Natier, rédacteur en chef de la *Rev. intern. de Laryngologie et d'Otologie*, et à l'unanimité, M. Natier a été admis comme membre de l'Association. Des rapporteurs ont été nommés à l'occasion de diverses candidatures. M. Cézilly, syndic sortant, a été réélu à l'unanimité.

Puis il a été décidé que les Secrétaires généraux de Sociétés savantes, ne pouvaient dans aucun cas être assimilés à des directeurs de journaux.

Au cours de cette réunion, MM. Laborde et M. Baudouin ont raconté de quelle cordiale façon les représentants de l'Association avaient été accueillis à Rome à l'occasion du dernier Congrès par les journalistes médicaux italiens et étrangers, et signalé l'organisation d'un *Comité provisoire international* chargé d'étudier les voies et moyens d'assurer le service de la Presse dans les prochains Congrès internationaux.

Une sous-commission, composé des membres français de ce comité international, MM. Laborde et Baudouin et de MM. Janicot, Meyer et Bilhaut a reçu la mission d'élaborer un projet qui sera présenté et discuté au prochain dîner.

Le Secrétaire général,
Marcel Baudouin.

— Le 1er concours du bureau central (médecine) s'est terminé lundi 5 mai par la nomination de MM. Darier, Thoinot et Girode.

— Le Dr Édouard Labbé, médecin honoraire des hôpitaux, est mort le 5 mai à l'âge de 66 ans. Il avait été successivement médecin de l'hospice des Incurables, de la maison Dubois et de l'Hôtel-Dieu. Il avait présidé les séances de la Société médicale des hôpitaux pendant l'année 1891.

— A *Grenoble*, la commission administrative a créé, à l'hopital, une *clinique* composée d'un certain nombre de chambres isolées. Les malades, moyennant une rétribution de cinq francs par jour, y reçoivent tous les soins et fournitures que comporte leur maladie. Mais les soins médicaux et chirurgicaux sont donnés par les médecins ou chirurgiens de leur choix, titulaires ou non des services de l'hôpital.

C'est une solution à encourager. De cette façon, on sauvegarde le bien des pauvres et on ne nuit pas aux intérêts des médecins.

Si, à cette mesure, la Commission joignait le *roulement*, entre les praticiens de la ville, pour le service des malades et qu'elle rétribuât convenablement ces fonctions la situation serait améliorée.

— *Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron. L'idiotie et la surdité par Itard*, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Eloge d'Itard par Bousquet, Préface par Bourneville. Un volume in-8° de 200 pages, avec le portrait du Sauvage. — Prix : 4 fr.

On peut se procurer l'ouvrage, 4, rue Antoine Dubois, Sociétés d'Éditions scientifiques.

— *Congrès International des Bains de Mer et d'Hydrothérapie marine.* — Le Comité d'organisation du Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine, qui doit se tenir à Boulogne-sur-Mer, du 25 au 29 juillet prochain, de concert avec les présidents d'honneur, M. le Professeur Verneuil et M. le Dr Bergeron, a mis les questions suivantes à l'ordre du jour :

De l'influence du traitement marin dans les tuberculoses ;

Indications et contre-indications du traitement marin.

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs, que les Compagnies de chemins de fer du Nord, de l'Est et de l'Ouest, accordent une réduction de 50 % à tous les médecins qui se rendront au Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine de Boulogne-sur-Mer.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr G. Houzel, secrétaire général, 4, rue des Vieillards, à Boulogne-sur-Mer.

— Le jury pour le prochain concours du Bureau central (Médecine) qui s'est ouvert le 18 mai est constitué de la façon suivante : MM. Moissenet, Berger, Brocq, Comby, Gaucher, Gouraud et Letulle.

Sont inscrits comme candidats : MM. Achalme, Aviraguet, Barbier, Baudoin, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Cayla, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit, Dalché, de Gennes, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Dubief, Duflocq, Dupré, Dutil, Enriquez, Foveau (de Courmelles), Florand, Gallois, Gastou, Guinon (G.), Guinon (L.), Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffite (A.), Laffite (J.), Launois, Legry, Le Noir, Lesage, Letienne, Lion, Lyon, Macaigne, Martin de Gimard, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny, Mussy, Parmentier, Pignol, Pilliet, Polguère, Queyrat, Regnault, Renault, Rénon, Ribail, Sallard, Soupault, Souques, Springer, Thérèse, Thiroloix, Tissier, Toupet, Triboulet, Vaquez, Weber, Würtz.

— *La déclaration des maladies contagieuses et la désinfection.* — Nous avons compris à la lecture d'un compte-rendu du Bulletin du Syndicat de la Seine, que la déclaration d'une maladie contagieuse faite par un médecin à la Préfecture, n'entraînait pas nécessairement la désinfection. Or, voici un fait que nous communique un de nos confrères, et qui paraît en contradiction avec cette assertion.

Un enfant de 5 ans est atteint de scarlatine ; le jour même de sa visite à l'enfant, le médecin fait sa déclaration à la Préfecture. Quatre ou cinq jours après, les désinfecteurs viennent chez les parents du petit malade.

Or, le médecin n'a pas demandé la désinfection en faisant la déclaration.

La mère, qui est intelligente, renvoie les désinfecteurs, en leur disant que la désinfection ne sera utile qu'après la guérison de l'enfant.

Trois jours après, nouvelle visite des désinfecteurs :

Nouveau refus de la mère.

Pourquoi ne pas laisser au médecin l'initiative de la demande de désinfection ? il semble que personne n'en souffrirait. Si les désinfections sont faites aussi intelligemment, à quoi peuvent-elles servir ? à moins de les recommencer chaque jour ?

— C'est le professeur Czerny, de Heidelberg, qui est appelé à succéder à Billroth dans la chaire de clinique chirurgicale de Vienne.

— On annonce que le choléra est en décroissance à Lisbonne. Environ 15 cas par jour et mortalité très faible. Néanmoins l'Espagne maintient ses rigoureuses précautions, et elle a raison.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3904. — M. le docteur Richard, de Guémené (Morbihan), présenté par M. le Directeur.

N° 3905. — M. le docteur Salles de Saint-Laurent de Cerdans (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association amicale des médecins français.

N° 3906. — M. le docteur Reilhac, de Belz (Oise), présenté par M. le Directeur.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Viennent de paraître :

Cancalon (Docteur A.-A.) — **L'Hygiène nouvelle dans la famille** (l'évolution et les progrès de l'hygiène et de la médecine ; fermentation et infection, asepsie et antisepsie, mesures prophylactiques contre les épidémies ; chauffage, vêtements, appartements ; hygiène de l'alimentation ; les empoisonnements volontaires ; alcool, morphine, nicotine ; mariage et hérédité, grossesse et accouchement, hygiène du nouveau-né ; la tuberculose, l'influenza, le choléra ; premiers symptômes des maladies et premiers secours ; comment on doit consulter le médecin) ; avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz. Pt in-8°, 206 p., 3 fr. 50 ; net 2.80.

Degoix (Docteur). — **Cathéchisme maternel** : hygiène de la première enfance (un volume remarquable de précision et de bon sens, qui aidera à vulgariser tous les moyens éducateurs, rationnels et les minutieux préceptes de l'hygiène infantile). In-8°, XX-120 p. Relié. 3 fr. ; net 2.40.

Joubin (Docteur Louis). — **Les Némertiens** : étude complète de ces vers, spécialement de ceux qu'on rencontre sur les côtes de la France (ouvrage résumant de longues années d'études et d'observations personnelles). In-8°, 236 p., avec 22 fig. dans le texte et 4 planches en couleur hors texte. 15 fr., net 12 fr.

Morax (Docteur V.). — **Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire** ; étude de la conjonctivite aiguë contagieuse, des conjonctivites blennorrhagiques, de la conjonctivite lacrymale à streptocoques, de la conjonctivite à pneumocoques ; asepsie des instruments, collyres et pansements, et asepsie du champ opératoire. In-8°, 144 p., avec planche en couleur hors texte 5 fr., net 4 fr.

Moreau de Tours (Docteur). — **Les Excentriques** : étude psychologique et anecdotique (l'excentricité dans les voyages, les courses, les paris, les mariages, les duels, l'avarice ou la prodigalité, l'amour pour les animaux, les représentations théâtrales, les concours, les clubs, les funérailles et les testaments, etc.). In-18, 120 p. Relié. 3 fr., net 2 fr. 40.

Nogué (Docteur Raymond). — **Formulaire spécial de thérapeutique infantile** ; ouvrage méthodique et pratique renfermant un choix considérable de formules empruntées aux maîtres les plus éminents en pédiatrie, avec des notions sur l'art de formuler, sur l'administration des médicaments aux enfants, etc., et une préface par le docteur G. Variot. In-18, XIV-630 p. Relié. 6 fr., net 4 fr. 80.

Remise 20 % et le franco sur ces nouveautés à MM. les membres du Concours médical qui adresseront un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'année préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, devant le Sénat.

(*Suite*).

M. le ministre Spuller, après avoir donné les victorieux arguments que nous avons rapportés dans le dernier numéro concluait :

Dans ces conditions, j'estime qu'il faut laisser la réforme, telle qu'elle a été décrétée, suivre son cours, et je pense que, sans s'arrêter aux objections qui ont pu être produites, il importe de mettre ce système en application, avant de le déclarer tout à fait mauvais.

Je crois que le Sénat, sans porter aucunement atteinte à rien de sérieux et de grave, dans l'enseignement médical, n'a qu'à laisser passer le décret en votant l'ordre du jour pur et simple. (*Très bien ! Très bien ! sur divers bancs.*)

M. le professeur Cornil ne pouvait manquer d'intervenir. Il l'a fait en reprenant la question, dont s'était trop écarté M. Gadaud.

M. Cornil. Messieurs, je n'abuserai pas de l'attention du Sénat et je m'efforcerai d'être aussi bref que possible. D'ailleurs, les débats, qui viennent de s'élever, ont déjà éclairé presque tous les points de la question, et si je me permets de monter à cette tribune, c'est parce que j'ai fait partie de la commission des quinze, dont on a cité le rapport, plusieurs fois, au cours de la discussion, et que par conséquent je puis parler au nom de la majorité de cette commission.

Messieurs, nous avons entendu l'interpellation de mon excellent ami M. Gadaud ; nous avons entendu la réponse de M. le Ministre, le discours de M. Labbé, et nous devons nous demander, en ce moment, quelles sont les conclusions à en tirer.

Nous sommes tous d'accord sur le point essentiel, à savoir, que les étudiants en médecine abordent aujourd'hui les études médicales proprement dites, sans avoir une préparation suffisante en physique, chimie et histoire naturelle.

Ils arrivent n'ayant que très peu d'éléments de ces sciences, et il y a nécessité de les leur apprendre d'une façon générale et en même temps élémentaire, mais de façon aussi à ce qu'ils puissent comprendre complètement l'enseignement de ces mêmes sciences, appliquées à la médecine.

Plusieurs sénateurs. C'est cela.

M. Cornil. C'est la seule question ; on s'est peut-être beaucoup égaré, soit dans l'interpellation, soit dans la réponse, mais il n'y a pas d'autre question que celle-là. (*Approbation.*) M. le ministre a bien voulu citer le rapport dans lequel se manifeste ce *desideratum* général, la faiblesse des étudiants dans ces sciences fondamentales.

Mais, dans ce rapport même, je demandais que ce fût dans les établissements d'enseignement secondaire, dans les lycées, qu'on apprît les éléments et les généralités des sciences : physique, chimie et histoire naturelle.

Je demandais que l'on créât des classes spéciales pour les étudiants en médecine, semblables à ce qui existe pour la préparation à certaines écoles du gouvernement.

A cette époque, nous avions devant les yeux un projet, qui avait été proposé au conseil supérieur et qui y a été discuté. Il consistait à faire un baccalauréat spécial pour les étudiants en médecine. D'après ce projet, après avoir fini la rhétorique classique commune à tous les élèves, il y avait une trifurcation. Et l'une des trois voies nouvelles conduisait aux études médicales ; c'était une année passée à faire de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle.

Ce projet a été discuté au conseil supérieur ; il a été rejeté.

Il a été rejeté surtout parce qu'on n'a pas voulu priver les jeunes gens de l'étude de la philosophie.

M. le ministre. C'est une excellente raison.

M. Cornil. Je ne m'élève nullement contre les études de philosophie.

Mais si vous voulez bien me permettre aussi, de citer quelques phrases du rapport de M. Le Fort qui a déjà fait les frais de beaucoup de citations, vous y verrez que le meilleur moyen d'apprendre la philosophie, c'est de connaître très bien les sciences naturelles, les sciences physiques et chimiques, en même temps que la physiologie et la pathologie mentales ; de telle sorte que l'étudiant en médecine deviendra philosophe, sans même s'en douter, s'il a compris la méthode scientifique, s'il sait très bien l'anatomie, la physiologie surtout et la médecine mentales. Voici ce que dit M. Le Fort :

« Au lieu de livrer sa jeune imagination à l'étude des problèmes les plus difficiles de la psychologie, à rechercher l'origine des idées, des sensations, les causes des illusions sensorielles, des troubles intellectuels, des altérations du sens moral, à un âge et à une période de ses études, où il ne connait encore ni l'anatomie, ni la physiologie, ni la pathologie du cerveau, des nerfs et des organes des sens, ne vaut-il pas mieux pour lui, remettre, de quelques années, le jour où il devra s'occuper de toutes ces questions, qu'il devra forcément étudier et qu'il étudiera avec une bien autre compétence, à propos de l'anatomie et de la physiologie des centres nerveux, des affections nerveuses et de l'aliénation mentale sous toutes ses formes, dans toutes ses manifestations ? »

Le meilleur moyen d'apprendre la philosophie, c'est, en effet, de bien connaître la logique et les méthodes exactes, qui découlent de la compréhension générale des sciences dont je viens de parler.

Si le conseil supérieur avait adopté les propositions qui lui étaient soumises, il est certain que nous n'aurions pas besoin de nous demander où l'on doit faire le complément des études scientifiques nécessaires à l'entrée des étudiants dans les écoles de médecine. C'est au lycée qu'il devrait se faire. Il y aurait à cela bien des avantages.

Lorsqu'un étudiant suivra les cours de la faculté des sciences, dans une grande ville comme Paris, ne croyez-vous pas qu'à seize ou dix-sept ans il se trouvera exposé à des entraînements auxquels son inexpérience ne lui permettra pas de résister ?

Il pourrait en résulter, pour sa famille et pour lui-même de très grands périls.

Il vaut mieux, à cet âge, être dans un lycée que libre sur le pavé de Paris ou d'une autre grande ville. (*Marques d'approbation.*)

M. le ministre parlait de l'unanimité des membres du conseil supérieur. Il est certain que dans certains cas, lorsqu'une question a été longuement discutée dans une assemblée, on arrive à l'unanimité ou, pour parler plus exactement, au silence d'un certain nombre des membres qui en font partie et qui d'ailleurs sont incompétents. Mais je fais appel à trois de nos collègues, qui font partie du conseil supérieur. Ils ont voté contre la décision du conseil supérieur, relative au rejet du baccalauréat ès sciences physiques et naturelles. — l'honorable M. Drumel me le rappelait à l'instant.

Messieurs, dans cette question, il y a lieu d'examiner si le complément des études scientifiques, nécessaire aux futurs médecins, doit être donné dans les facultés de médecine ou dans les facultés des sciences. Sous ce rapport, je suis absolument de l'avis de l'honorable M. Gadaud ; je crois impossible de faire aujourd'hui ces études dans les facultés des sciences. Quels en sont les motifs ? Je vous demande, pour les exposer, un peu de votre bienveillante attention.

M. le ministre nous a dit : Mais nous ne voulons nullement supprimer l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle dans les facultés de médecine ; nous voulons, au contraire, que ces études soient dirigées dans le sens même de la médecine.

M. le ministre paraît croire que les professeurs des écoles et des facultés de médecine, font des cours élémentaires, généraux, qui ne sont pas appropriés à la médecine elle-même.

Ceci est une erreur. La plupart des cours qui sont faits à l'école de médecine à Paris, en particulier, traitent de sujets, soit d'histoire naturelle appliquée à la médecine, soit de chimie organique et de chimie physiologique, soit de physique absolument appliquée aux sciences médicales.

M. Félix Martin. Les élèves ne peuvent pas suivre, alors !

M. Cornil. C'est ce dont se plaignent les professeurs ; il en résulte que l'on est souvent obligé de donner, à des professeurs agrégés, chargés de cours complémentaires, un cours plus élémentaire, de sorte que les étudiants peuvent suivre deux cours à la fois.

M. Félix Martin. Il faut alors avouer leur ignorance !

M. Cornil. Il faudrait donc que dans les facultés des sciences ou de médecine, il y eût des cours plus ou moins élémentaires à la portée des élèves.

Dans l'enseignement donné actuellement à la faculté de médecine, il y a aussi des conférences supérieures. Nous avons vu autrefois M. Gavarret et M. Gariel faire des conférences tout à fait élevées de physique, appliquée à la physiologie et à la médecine ; je puis citer aussi les leçons de chimie physiologique et médicale, professées par M. Gautier.

M. le ministre nous a dit que les facultés des sciences étaient mieux préparées que les facultés de médecine à donner l'enseignement scientifique. Je ne crois pas qu'il y ait de différence. Si l'on enlève à la faculté de médecine de Paris ses douze cents élèves de première année, ils iront à la faculté des sciences de cette même ville, et il faudra leur donner ce même enseignement pratique et général, plus ou moins élémentaire, avec des exercices pratiques de laboratoires ; de telle sorte qu'on devra créer, à la faculté des sciences de Paris, de la place pour ces douze cents élèves des cours élémentaires et des cours appliqués à la médecine, ce qui n'ira pas sans de lourdes charges pour notre budget.

Il en sera de même dans toutes les villes où il y a des facultés des sciences, sachez-le bien. Il sera nécessaire de créer des professeurs spéciaux, des chargés de cours, des préparateurs chargés de cours pratiques. Il sera nécessaire d'avoir un personnel énorme, avec un budget plus considérable que celui qu'on dépense, actuellement, dans les facultés de médecine.

Dans la plupart des villes, même dans les petites villes, où il y a des écoles secondaires de médecine, des écoles préparatoires, il y a une organisation pour les travaux pratiques et les laboratoires.

Et M. Cornil montre que les écoles préparatoires seront tuées par la réforme ; qu'on leur enlèvera les étudiants qu'elles pouvaient garder plusieurs années ; qu'enfin les sacrifices pécuniaires faits par certaines villes, auront été consentis en pure perte.

Puis il continue :

Si l'on arrivait à pouvoir entrer dans les facultés de médecine, après avoir fait, au lycée, de fortes études, après une préparation suffisante, on pourrait ne faire que quatre années de médecine, parce qu'on pourrait commencer immédiatement les études anatomiques et chimiques, sans passer par une année spéciale, consacrée à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle.

C'est là ce que nous voudrions ; mais si, à la sortie du lycée et après avoir passé les épreuves du baccalauréat, on a une année à faire à une faculté des sciences, il est évident que c'est une année de plus qui est consacrée à devenir médecin, et c'est une année faite dans les mêmes conditions que dans les facultés de médecine, c'est-à-dire en tant qu'étudiant.

C'est donc une année de plus pour la scolarité, et une année de plus, c'est une très grosse affaire pour la plus grande partie des familles ; car, ainsi que l'a fait remarquer M. Gadaud, ce qu'on dépense dans les lycées, est à peine la moitié de ce qu'on dépense, comme étudiant, dans une grande faculté.

Je termine, messieurs, et ma conclusion est la même que celle de M. Gadaud : je vous demande de voter l'ordre du jour qu'il vous a présenté.

A cette argumentation nouvelle, qu'allait répondre le ministre ?

Toujours des raisons à côté.

M. le ministre. Messieurs, je suis quelque peu surpris que l'honorable M. Cornil, en descendant de la tribune, ait déclaré s'associer à l'ordre du jour de M. Gadaud. Je n'ai pas été surpris qu'il ait critiqué le décret de mars 1894, mais qu'il s'associe à cet ordre du jour et qu'il prétende que le décret aura pour effet de rabaisser le caractère scientifique des écoles de médecine, alors qu'on se propose de consacrer une réforme qu'il a été un des plus ardents à réclamer, voilà ce que je ne puis comprendre. C'est une contradiction inexplicable pour moi.

M. Cornil, *de sa place.* J'ai en effet constaté cette nécessité, mais j'ai dit qu'il était nécessaire que les études physiques, chimiques et naturelles fussent plus fortes dans les lycées, de façon que l'on pût immédiatement commencer les études médicales dès la première année.

M. le ministre. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a de vicieux dans le système actuel, qui ne peut durer, mais nous différons sur le lieu où devra se donner cet enseignement.

Et il continue en parlant des écoles secondaires, expliquant qu'on leur a retranché l'année qui deviendra l'année préparatoire, mais qu'on leur a donné, par contre, le droit de préparer au troisième examen de doctorat.

Il reprend sa circulaire, et termine ainsi :

Ainsi nous sommes donc en complet désaccord avec M. Cornil. Non seulement le décret actuel n'a pas pour objet de nuire aux écoles secondaires de médecine et de pharmacie ; au contraire il se propose, en établissant un enseignement à côté d'elles, d'initier peu à peu les étudiants en médecine à la vie scientifique en province, de les amener à y séjourner, à y faire deux, trois, quatre années de médecine, et à s'habituer peu à peu à la vie de province, à délaisser Paris pour la vie de province, et à fournir ainsi aux besoins sociaux.

Enfin, je ne puis pas me lasser de témoigner mon étonnement profond, de me trouver en si complet désaccord avec d'excellents amis, alors que j'emploie toute ma bonne volonté, d'une part à maintenir à son niveau l'enseignement supérieur, et, d'autre part, à faire tout le possible pour que cet enseignement supérieur, tout en étant scientifique, reste aussi accessible que par le passé à la classe démocratique, dans laquelle se recrute le personnel de la carrière médicale de notre pays. (*Approbation sur un grand nombre de bancs.*)

La discussion était terminée et l'on allait passer au vote, le Ministre se ralliant à l'ordre du jour pur et simple, demandé de divers côtés, quand M. Audren de Kerdrel a cru devoir revenir sur l'opinion qu'il avait émise dès le début, à savoir que le Sénat n'était guère compétent dans la question.

Des marques d'approbation s'étant élevées sur un grand nombre de bancs, M. Trarieux ajouta ces quelques mots qui montrent que la question n'est pas épuisée :

M. Trarieux, *de sa place.* Je voudrais ajouter que la réforme, sur laquelle nous discutons, ne pourra être appliquée que lorsque le ministre nous aura demandé les crédits nécessaires, et que c'est au moment où la demande de crédits nous sera soumise que nous pourrons statuer sur cette réforme.

Jusque-là, par conséquent, l'ordre du jour pur et simple me paraît suffisant. (*Très bien !*)

Et l'ordre du jour pur et simple fut voté à la majorité de 185 voix contre 45.

Faut-il ajouter qu'une telle séance ne pouvait se passer sans que quelques lazzis fussent décochés au Corps médical ?

Signalons seulement l'interruption du marquis de l'Angle Beaumanoir :

Trois médecins d'accord ! Voilà ce qui ne s'est jamais vu !

Eh ! Marquis, si les médecins ne sont pas toujours d'accord entre eux, ce n'est pourtant pas parce que certains veulent empêcher leurs confrères *de sonner de la trompe !*

P. S. A la suite de cette interpellation, le *Journal des Débats* manifestait le regret que la question n'eût pas été approfondie davantage, par le Sénat et trouvait que le vote de l'ordre du jour pur et simple était une solution quelque peu insuffisante. M. Trarieux lui adresse la réponse suivante :

« Paris, 10 mai.

« Monsieur le Rédacteur,

» Votre article de ce jour, *les Etudes médicales*, exprime le regret que le Sénat n'ait pas jugé à propos d'approfondir, davantage, une question dont vous faites justement ressortir l'intérêt et qu'il l'ait résolue par un vote d'ordre du jour pur et simple. Veuillez me permettre de vous faire observer que vous exagérez la portée de ce vote. La réforme projetée au ministère de l'instruction publique, ne sera définitive, que si le Parlement accorde les crédits nécessaires à son application. C'est donc au moment où ces crédits seront réclamés et mis en discussion, que nous aurons vraiment à nous prononcer par un vote formel, ainsi que j'ai eu l'honneur d'en faire l'observation à la fin de notre séance d'avant-hier, et je ne crois pas qu'il soit possible de nous reprocher jusque-là de nous être engagés sans information suffisante. Il est plus vrai de dire que nous avons réservé, jusqu'à nouvel ordre, notre opinion et que rien n'est encore décidé.

» Veuillez agréer, etc. » L. Trarieux.

Tout n'est donc pas encore dit sur la réforme.

Dr A. Gassot.

LA SEMAINE MÉDICALE

La trachéotomie et l'intubation du larynx dans le traitement du croup.

Les idées ne sont guère fixées sur la valeur comparative de la trachéotomie et de l'intubation du larynx dans le traitement du croup ; la plupart des praticiens ne connaissent l'intubation que de nom et ne l'ont jamais pratiquée. C'est une lacune qu'il faut combler ; le procédé de Bouchut n'est plus considéré aujourd'hui comme sans valeur, ni comme dangereux il faut revenir sur l'ancienne opinion de l'Académie ; c'est l'Amérique, qui nous l'a montré ! hélas ! il en est trop souvent ainsi.

M. *Gillet*, de Paris, vient de faire une intéressante étude des deux moyens de traitement du croup à la période asphyxique et de la comparaison des résultats, il tire les conclusions suivantes :

L'intubation se pratiquera avant ou après la trachéotomie.

Avant, dès que l'indication de rétablir la béance des voies respiratoires se fera sentir, d'une façon péremptoire, par le tirage et les accès de suffocation.

On n'exécutera pas le tubage sans avoir tout apprêté pour une trachéotomie possible. Le tubage n'a pour but que d'éviter celle-ci. S'il lève le barrage laryngien, s'il rétablit la perméabilité du conduit, l'intervention n'a pas à être poussée au delà. On a fait le nécessaire, on doit éviter le superflu.

Si, malgré l'introduction du tube laryngien, les phénomènes de sténose ne cessent pas ou se reproduisent, il n'y a pas à hésiter, la trachéotomie peut seule rétablir l'accès de l'air dans les voies respiratoires inférieures.

Après la trachéotomie, le tubage peut accessoirement rendre service en facilitant l'enlèvement de la canule ou comme moyen de dilatation.

L'intubation est contre-indiquée, par la raison même qu'elle est matériellement impossible, lorsqu'il y a œdème du larynx ou lorsque le pharynx est obstrué par des fausses membranes.

Elle ne participe pas aux contre-indications que l'état général, les complications ou les maladies primitives peuvent parfois créer pour la trachéotomie, quoique, aujourd'hui, on reconnaisse moins d'obstacles à l'opération que jadis.

Comme règle pratique, on peut admettre qu'*à moins d'impossibilité de compter sur une surveillance attentive*, qu'*à moins d'éloignement extrême de tout secours médical*, on devra commencer par *tenter l'intubation*, prêt à *intervenir par la trachéotomie, soit immédiatement, soit ultérieurement, si la première intervention est ou devient insuffisante.*

L'intubation n'apporte un remède qu'à la sténose laryngo-trachéale ; elle favorise peu l'évacuation des fausses membranes épaisses ; elle ne peut rien au delà du larynx et des premiers anneaux trachéaux ; elle est impuissante, malgré l'allongement des tubes, contre l'obstruction trachéale basse et partant bronchique, sur laquelle seule a prise la trachéotomie, par la voie qu'elle ouvre à l'expulsion des fausses membranes bas placées.

L'intubation ne peut remplacer complètement la trachéotomie, elle permet seulement de l'éviter dans une proportion relativement très grande et d'agir de bonne heure.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde.

A la suite des rapports de MM. *Brouardel, Bucquoy, Lancereaux, Dujardin-Beaumetz*, l'Académie a émis le vœu suivant relatif à la protection des eaux de source ;

L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux de sources distribuées à la population parisienne et tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel, qui ne s'est produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu :

1° En ce qui concerne l'amenée des eaux de sources à Paris, que les mesures de police sanitaire que permet la législation actuelle, soient prises pour préserver ces eaux, soit au captage des sources, soit sur leur parcours, de toute contamination ;

2° En ce qui concerne la question plus générale de l'alimentation des habitants en eau potable, que les dispositions de l'article 2 de la loi sur la protection de la santé publique, actuellement soumise au Sénat, et qui permettent de défendre contre toute souillure les eaux d'alimentation, soient votées dans le plus bref délai possible. »

Voici cet article 2 :

« Le décret déclarant l'utilité publique du captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre les pollutions de la dite source.

« Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet.

« L'indemnité, qui pourra être due au propriétaire de ces terrains, sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation publique. »

Traitement du tænia.

Dans une récente clinique, M. le Dr *Descroizilles* affirme que chez l'enfant, comme chez l'adulte, on peut se servir de pépins de courges, de kousso, de préparations de grenadier ou de fougère mâle et des autres médicaments récemment expérimentés. « Après avoir usé, pendant plusieurs années, sans grand succès, de la pelletiérine, j'ai donné la préférence à l'huile éthérée de fougère mâle, que j'administre, tantôt en capsules, tantôt avec de la gélatine et du sucre en poudre, tantôt, sous forme de potion, qui m'a donné, plus fréquemment que la pelletiérine, des résultats satisfaisants et me paraît être, au moins pour ce qui concerne l'enfance, le meilleur des tænicides.

« Dans un récent travail, le docteur Duhourcau (de Cauterets) propose d'associer à l'extrait vert éthéré de fougère mâle, dans des capsules, le chloroforme et l'huile de ricin, additionnés d'une petite quantité d'huile de croton. Grâce à cette association, dit-il, et en suivant les préceptes tracés par M. le professeur Laboulbène, on engourdit l'helminthe, puis on le fait rejeter comme un corps étranger, quand il est mort ou frappé d'inertie. Le chloroforme remplit la première indication, l'huile de ricin et le principe actif de la fougère mâle répondent à la seconde. La médication est, de cette façon, simplifiée autant que possible, puisque, simultanément, on fait prendre l'agent anesthésique, la substance helminthicide et le purgatif. Cette formule tænifuge qui, d'après M. Duhourcau, compte déjà à son actif de nombreuses guérisons, est, à coup sûr, fort bien conçue et il y a lieu de l'expérimenter chez les jeunes sujets, car on peut ainsi se dispenser des précautions préparatoires qui font perdre plusieurs jours. Nous avons du reste donné cette formule tout au long dans le n° 53 du *Concours* (1892). »

Traitement de l'ozène.

M. *Raugé*, de Challes, préconise contre l'ozène

vrai, un mode de traitement qui constitue, sinon une méthode nouvelle, du moins un mode d'application très particulier de l'irrigation naso-pharyngienne.

Le principe de la méthode, c'est l'abondance presque invraisemblable du liquide employé pour chaque irrigation. Au lieu des 3 ou 4 litres qu'il est classique de ne pas dépasser, M. Raugé emploie de très larges lavages, répétés habituellement deux fois par jour, et pour chacun desquels il fait passer couramment 20, 30 et jusqu'à 50 litres de liquide.

Si colossaux que paraissent ces chiffres, il sont, dans la pratique, beaucoup plus aisément atteints qu'on ne pourrait le croire *à priori* : les malades, une fois entraînés, exécutent facilement ce lavage à grande eau et acceptent sans répugnance cette inondation de leur naso-pharynx.

Quant au danger pour l'oreille moyenne, M. Raugé le déclare illusoire et prend résolûment à ce propos la défense de l'irrigation naso-pharyngienne, fort attaquée depuis quelques années. S'appuyant sur une expérience étendue, il affirme n'avoir jamais eu un accident à déplorer, ni même un accident désagréable à noter du fait de cette médication. Le tout est d'agir prudemment, et de bien dresser ses malades.

Employée suivant les indications de l'auteur, avec cette profusion de liquide qui lui paraît indispensable, et sous une pression un peu forte, l'irrigation est encore le meilleur moyen mécanique d'entretenir la propreté des cavités nasales. Absolument satisfaisante comme traitement palliatif pour supprimer la fétidité elle est peut-être aussi le plus sûr des moyens curatifs, en enlevant dès qu'ils se forment les bouchons muqueux et les croûtes, dont la présence n'est pas une des moindres causes qui entretiennent et perpétuent l'état d'atrophie des parois. (*Soc. fr. d'otologie et de laryng.*, 1894.)

MÉDECINE PRATIQUE

La scarlatine, diagnostic, pronostic et traitement.

Plusieurs faits récents, que nous avons observés, nous ayant particulièrement frappé par leur difficulté de diagnostic, nous avons cru opportun de traiter à nouveau ce sujet que notre collaborateur M. *Macevoy*, avait déjà exposé d'une manière si nouvelle et si intéressante l'année dernière. Nous n'allons pas faire de la pathologie pour les étudiants, mais de la clinique pour les praticiens ; qu'on ne s'étonne donc pas de rencontrer de nombreuses lacunes symptomatologiques dans notre travail ; il nous paraîtrait fastidieux et sans profit pour nos lecteurs de répéter ces longues énumérations de diagnostic qu'on trouve dans bien des classiques et qui ne suffisent pas pour tirer d'embarras le médecin en face d'un cas douteux. Aujourd'hui, plus que jamais, il importe de faire un diagnostic précis des maladies contagieuses, puisque la loi nous oblige à les déclarer et que de notre décision dépendent l'isolement et les désinfections. C'est, au fond, le point le plus important du problème, parce qu'il ne permet pas l'hésitation, ni les mots à double sens ; aussi, nous y arrêterons-nous assez longuement.

Diagnostic.

Pour plus de netteté dans l'exposition, nous diviserons la question du diagnostic en deux parties : 1° Diagnostic de la SCARLATINE EN ÉRUPTION ; 2° Diagnostic de la SCARLATINE EN DESQUAMATION.

1° La SCARLATINE EN ÉRUPTION n'a pas toujours l'apparence classique caractéristique : rougeur intense généralisée, s'effaçant instantanément sous la pression des doigts, puis reparaissant quelques secondes après, lorsque la compression des doigts a cessé, rougeur parsemée de petits points plus foncés donnant un aspect granité ; parfois la surface du corps est entièrement écarlate et semble avoir été barbouillée avec du jus de framboise. Certes le diagnostic peut être fait par le premier venu, pourvu qu'il ait vu seulement une fois un cas semblable ; mais il est de nombreux cas, où on a quelque peine à trouver l'éruption même en la cherchant aux plis articulaires (coudes, jarrets, aines), où la peau est plus fine et la nuance de l'éruption plus intense.

Il peut se faire que l'éruption soit extrêmement pâle et à peine visible au cou, à la poitrine et à l'abdomen, et l'hésitation devient inévitable. Dans bien des cas, on applique fortement la main sur différentes régions du corps, cherchant à produire l'empreinte blanche caractéristique, et de fait, chez les enfants principalement, on constate un certain degré de rougeur autour de l'empreinte blanche. La fièvre d'un embarras gastrique, quelquefois même la chaleur du lit, la pression sur les régions déclives pendant le décubitus, suffisent pour produire cet érythème trompeur.

L'éruption scarlatineuse peut affecter des formes anormales : *scarlatina variegata*, dont l'éruption a la forme de taches larges restant isolées les unes des autres ; *scarlatina papulosa*, dont l'éruption se fait par papules d'un rouge sombre, faisant saillie à la surface de la peau et la rendant rude au toucher.

Le rash scarlatiniforme de la variole peut en imposer quelques heures pour la scarlatine ; il est vrai qu'il s'accompagne des autres symptômes de la variole, rachialgie, pustules de la gorge, etc.

Les érythèmes de la septicémie et du choléra sont généralement plus faciles à différencier de la scarlatine, par la présence d'autres signes tels que diarrhée, collapsus, algidité, etc.

Plus ardu est le diagnostic de la diphthérie avec érythème, puisque la scarlatine peut s'accompagner de diphthérie ou tout au moins d'angine à fausses membranes. Il faut se baser alors sur l'aspect de la gorge, sur l'existence d'une infection diphthérique profonde, sur les antécédents et le mode de début de la maladie.

Mais d'une façon générale, toutes les éruptions scarlatiniformes ne signifient pas grand chose au point de vue du diagnostic (1). Est-ce que le chloral, l'antipyrine, la belladone, l'aconit, pris comme médicaments, ne suffisent pas pour produire des éruptions qui ressemblent à s'y méprendre à la scarlatine ?

Nous concluons donc par une sorte de paradoxe : L'éruption caractéristique de la scarlatine ne peut servir à porter le diagnostic de scarla-

(1) Dr Fiessinger, d'Oyonnax, *Sem. méd.* 1893.

tine que quand elle est d'une netteté et d'une intensité particulièrement remarquables ; quand il faudra chercher aux plis articulaires pour lever un doute, ce n'est pas par la peau qu'on fera le diagnostic.

En mainte circonstance, en effet, c'est par la langue et par la gorge, que nous avons dépisté des scarlatines, dont l'existence s'est affirmée par la suite.

Même dans ces scarlatines, que Trousseau appelait frustes, regardez la langue et la gorge, il n'y aura plus d'hésitation pour vous.

La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, crêmeux sur sa partie centrale, tandis que sur les bords et la pointe elle est d'un rouge vif ; par places, elle se dépouille, et présente alors une rougeur framboisée et un aspect velouté, dûs à la saillie des papilles : on dirait la langue d'un malade urinaire, recouverte de plaques de muguet. Les lèvres sont rouges, sèches, croûteuses, quelquefois saignantes. Les piliers du pharynx et les amygdales sont rouge-cerise, toujours un peu tuméfiés, mais pas toujours douloureux ; des produits pultacés, blancs, crêmeux recouvrent souvent les amygdales, les piliers, la luette, une partie du voile. Tel est l'aspect caractéristique qui ne manque pour ainsi dire jamais dans la scarlatine, tandis que l'éruption manque fréquemment. C'est là qu'est la pierre de touche du diagnostic.

A propos de l'angine, il nous paraît utile de rappeler qu'aujourd'hui, depuis les recherches de Wurtz et Bourges, on ne considère plus comme diphthériques, les angines scarlatineuses dont les fausses membranes ont envahi le voile et encapuchonné la luette. La plupart des angines scarlatineuses, même accompagnées de jetage nasal et envahissant même le palais, les joues, la bouche, les lèvres ne sont pas des angines diphthériques, elles sont produites par le streptocoque seul ou uni au pneumocoque. Elles guériraient plus facilement si on ne les soignait pas comme diphthériques et si on ne les mettait pas si souvent par erreur en contact avec de vraies angines diphthériques. A moins d'observer le cou proconsulaire et le facies plombé des diphthéries hypertoxiques, le médecin ne devra donc pas considérer les angines à fausses membranes de la scarlatine comme des angines diphthériques : le bactériologiste seul peut préciser le diagnostic.

En dehors de tout examen bactériologique, en se basant sur les faits cliniques suivants, voici les éléments du diagnostic :

1) L'élévation de la température, toujours beaucoup plus marquée dans la forme angineuse que dans la diphtérie ;

2) La persistance de l'élévation thermique qui rappelle dans sa courbe celle d'une fièvre typhoïde à la période d'état ;

3) La durée même de l'affection, qui évolue beaucoup plus vite dans la diphtérie toxique où la mort survient dès les premiers jours ;

4) L'absence, dans la forme angineuse de la scarlatine, de cette adynamie et de cette anémie profondes que présentent d'emblée et à un si haut degré les malades atteints de diphtérie toxique.

2° A la période de desquamation, qui commence quelquefois pendant l'éruption, mais plus généralement le 6e ou le 7e jour, pour devenir générale au bout de 2 semaines, la scarlatine peut encore être confondue avec d'autres affections, quand on n'a pas assisté à l'éruption et à l'angine. Or le diagnostic a peut-être encore plus d'importance qu'à la période d'éruption puisqu'à cette période de desquamation, la contagiosité est à son maximum. La desquamation de la rougeole ne ressemble guère à celle de la scarlatine, car elle est furfuracée et à peine visible ; cependant il peut y avoir des cas exceptionnels où la scarlatine desquame à peine. Que fera-t-on alors ? on se reportera à l'examen des urines et on surveillera le convalescent pendant 15 jours. Si l'épiderme du scarlatineux se détachait toujours en larges lames, en doigts de gants comme il est classique de le répéter quand on fait l'histoire de la scarlatine, l'hésitation ne serait pas permise un seul instant. Mais, les cas classiques se rencontrent 1 fois sur 4 ; et dans les autres, on peut être embarrassé. Il faut cependant poser en principe que la scarlatine desquame toujours et que les exceptions citées sont bien sujettes à caution. Mais, il y a des érythèmes polymorphes, des roséoles, des urticaires, qui desquament à peu près comme la scarlatine de moyenne intensité ; les érythèmes par insolation, les érysipèles desquament souvent en petites plaques, quelquefois en larges lamelles épidermiques. Il est même des érythèmes médicamenteux, qui desquament eux aussi comme des scarlatines. Certes, ce ne peut être par la forme et le volume des squames, que l'on pourra faire le diagnostic ; mais par un rigoureux examen des commémoratifs. Comment l'éruption s'est-elle produite ? Y a-t-il eu de la fièvre, de l'angine, un ou plusieurs vomissements au début ? Depuis combien de temps le malade est-il souffrant ? Quels médicaments a-t-il pris ? Y a-t-il eu des scarlatineux en contact avec lui ? Telles sont les questions que l'on doit chercher à résoudre ; si l'on ne peut avoir de détails plus précis. Enfin l'examen de l'urine s'impose d'une manière absolue, la présence de l'albumine pouvant suffire à lever les doutes.

II

Pronostic.

Il y a peu de maladies susceptibles d'autant de complications que la scarlatine, et c'est pour cela que cette maladie d'apparence si souvent bénigne est fort peu redoutée dans bien des familles ; les complications sont, il est vrai, moins fréquentes, chez l'enfant que chez l'adulte, et pour ce motif, on a beaucoup de peine dans la clientèle à tenir séquestré pendant six semaines un enfant atteint de scarlatine. La maladie n'est inquiétante le plus souvent que pendant six ou huit jours ; après ce temps, les enfants jouent, sont gais, demandent de la nourriture, reprennent, en un mot tous les dehors d'une bonne santé, et pour peu qu'on n'ait pas une forte autorité sur les parents, les enfants sont sortis et promenés quinze jours après leur maladie, quelque recommandation qu'on ait faite. La prudence serait pourtant justifiée, et il n'y a rien d'exagéré à isoler un scarlatineux pendant plusieurs semaines, en général.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les complications de la scarlatine ; nous ne ferons qu'énoncer les plus fréquentes

et les envisager au point de vue du pronostic. Tout d'abord, au moment de l'invasion et de l'éruption, la scarlatine peut être *maligne*, soit parce qu'elle affecte la *forme hémorrhagique* (hématuries, épistaxis, pétéchies, purpura), soit parce qu'elle est accompagnée de délire, d'agitation extrême, de carphologie (*forme ataxo-adynamique*), ou de diarrhée et de collapsus (*forme algide*), ou de syncopes fréquentes, (*forme syncopale*). Le pronostic est fatal presqu'inévitablement. Nous ne ferons qu'indiquer la *forme foudroyante*, qui ne se voit guère que dans les graves épidémies et qui emporte les sujets en moins de 24 heures, avant toute éruption, avec une température de 43 degrés, du délire, des convulsions, des contractures, du trismus, et finalement le coma.

Bien plus, et c'est pour cela qu'un médecin prudent ne fera jamais un pronostic très bénin en présence de n'importe quelle scarlatine, il y a des scarlatines en apparence moyennes au début, qui, au bout de 4-5-6 jours même, deviennent *tardivement malignes*, hémorrhagiques, syncopales, ataxo-adynamiques, algides. Rien ne peut faire prévoir d'avance ce changement brusque d'allures.

Au début, la scarlatine peut revêtir une *forme angineuse*, qui par sa gravité compromet singulièrement le pronostic : il se déclare parfois *un phlegmon diffus* pharyngien et cervical, qui tue par septicémie autant que par obstacle respiratoire, ou bien encore une *gangrène* pharyngienne plus ou moins étendue, qui amène presque infailliblement la mort.

Une complication fréquente de la scarlatine mais non plus au début et qu'on observe vers le 6e ou le 8e jour, c'est ce que les auteurs classiques appellent encore la *forme diphthérique*. Aujourd'hui, après les études consciencieuses de nombreux auteurs, on peut renverser complètement l'axiôme d'autrefois et dire sans s'écarter beaucoup de la vérité, que la dipthérie vraie est assez rare dans la scarlatine, mais que les angines blanches à streptocoques sont extrêmement fréquentes dans cette même maladie ; le paradoxe n'est donc qu'apparent. En réalité, les gorges de scarlatineux sont toujours très encombrées de membranes, qui s'étendent au voile, aux lèvres, au nez même ; surtout qu'on ne se hâte pas d'appeler cela diphthérie. Seul, le microscope peut prononcer. Le pronostic est souvent grave pour cette forme membraneuse de l'angine scarlatineuse. Elle tue aussi souvent, si ce n'est plus, que les autres complications réunies. Au point de vue du pronostic, nous voulons seulement insister sur ce fait que l'augmentation du volume du foie aggrave considérablement ce pronostic, en indiquant une grosse lésion hépatique que l'on retrouve d'ailleurs à l'autopsie.

Parmi les complications de la scarlatine, à la période de convalescence, nous étudierons au point de vue du pronostic *la néphrite albumineuse*, *le rhumatisme scarlatineux*, *les abcès et suppurations ganglionnaires*, *et la pleurésie purulente*.

La *néphrite*, n'est pas aussi fréquente qu'on le dit généralement dans les traités classiques. Notre collaborateur anglais, le Dr *Macevoy*, bien en situation pour connaître à fond la scarlatine, l'a pleinement démontré l'année dernière. Toutefois, cette complication existe, et quand elle existe chez un enfant, il ne faut jamais omettre de rechercher son origine dans une scarlatine antérieure. Suivant l'abondance de l'albumine et le plus ou moins de cylindres rénaux trouvés dans l'urine, on peut fixer le pronostic à peu près sûrement. Il ne faut pas cependant se départir d'une grande prudence ; car l'albuminurie moyenne peut devenir subitement grave et s'accompagner d'œdèmes, d'hydropisies, (pleurale, péritonéale, péricardique), ou bien d'urémie rapide, d'épilepsie jacksonnienne, et de coma.

La mort est la terminaison habituelle de cette albuminurie, rapide dans l'urémie et le coma, lente, désespérément lente dans l'hydropisie généralisée.

Quand l'albuminurie est moyenne et accompagnée de peu de cylindres, il y a des chances pour que la guérison soit obtenue ; encore faut-il que l'albuminurie ne dure pas plus d'une quinzaine de jours. Si au bout de ce temps, malgré le régime lacté, l'albuminurie continue abondamment, il n'y a aucun espoir à avoir ; la néphrite est chronique et le malade traînera fatalement de crises en crises jusqu'à la mort.

Fort heureusement les autres complications de la scarlatine sont moins graves. Tandis que la néphrite apparaît dès la première semaine de la maladie ou beaucoup plus tard entre la 5e et la 6e semaine, le *rhumatisme scarlatineux* apparaît généralement dans le cours de la 2e ou de la 3e semaine. Le plus fréquemment polyarticulaire ou musculaire, il guérit en deux ou trois semaines sans laisser de traces.

Plus graves sont les complications *purulentes*, abcès, adénites, pleurésies, arthrites, méningites. Les suppurations scarlatineuses sont très violentes, très aiguës et occasionnent de grands dégâts. Non traitées, elles aboutissent souvent à la mort ; mais traitées convenablement, c'est-à-dire ouvertes largement, lavées, drainées avec persévérance et sans négligence, elles guérissent fort bien en quelques semaines. La pleurésie purulente simple ou double est d'un pronostic relativement bénin, dans la scarlatine, si elle est traitée énergiquement et patiemment par les ponctions suivies de lavages au naphtol ou au contraire par l'empyème sans lavages.

Les complications *cardiaques* sont assez rares ; néanmoins elles ne sont pas négligeables : la péricardite suppurée est mortelle dans nombre de cas, parce qu'on ne la dépiste que trop tard. Un diagnostic précoce améliorerait le pronostic, car une ou plusieurs ponctions évacueraient le pus et permettraient au moins la guérison avec symphyse, sinon la « restitutio ad integrum ». L'endocardite est moins grave ; mais elle est plus fréquente et plus sournoise ; elle laisse quelquefois, comme traces de son passage, une affection chronique mitrale, qui compromet l'existence du malade dans l'avenir et l'expose à toutes les souffrances et à tous les aléas de la cachexie cardiaque (asystolie, mort subite, vingt, trente ou quarante ans après une scarlatine).

Toute personne, qui a eu la scarlatine dans son enfance ou sa jeunesse, sera donc dans la suite de sa vie sous le coup de la possibilité d'un reliquat rénal, pleural ou cardiaque. Ces trois organes doivent par conséquent être toujours minutieusement examinés chez ces personnes.

III.

Traitement. — Prophylaxie.

La question du traitement de la scarlatine paraît à beaucoup de médecins, de bien minime importance.

C'est une erreur préjudiciable aux malades. S'il n'y a rien à faire contre l'éruption, il y a à lutter contre les infections secondaires possibles. La bouche, la gorge, le tube digestif doivent être désinfectés même dans les cas légers : lavages naphtolés ou chloralés dans le pharynx, antisepsie intestinale par naphtol et purgatifs, nettoyage des lèvres, des narines, des oreilles, répétés biquotidiennement, voilà certes des précautions, dont l'observation est capitale si l'on veut éviter les suppurations, les gangrènes et les phlegmons. Le régime alimentaire est non moins important : le lait doit être donné en abondance, et la viande en très minime quantité. Les boissons alcooliques sont utiles pour empêcher la dépression générale.

Dans les formes graves avec délire, excitation, convulsions, il faut employer le chloral, le musc, l'acétate d'ammoniaque et surtout les bains tièdes ou tout au moins les lotions aromatiques.

Dans les formes angineuses, il faut augmenter les lavages et les gargarismes, mais point n'est besoin de râcler les membranes comme dans la diphthérie ; ce serait provoquer des traumatismes dangereux.

Contre les complications, rien à signaler de nouveau : contre la néphrite, le régime lacté absolu et les révulsifs lombaires, ventouses scarifiées, saignée même ; contre le rhumatisme, enveloppement chaud et onctions de Baume de Fioraventi salolé ou salicylé ; contre les pleurésies, ponctions et lavages répétés, ou empyème sans lavages.

Pour la convalescence de la scarlatine, le traitement a une importance capitale, car il permet d'abréger considérablement la durée de l'isolement et d'éloigner les menaces de complications ; ce traitement consiste surtout en balnéations savonneuses quotidiennes suivies de brossage et de frictions sèches énergiques. La peau ainsi stimulée se débarrasse rapidement des pellicules, squames et débris épidermiques contagieux, les poisons du sang s'éliminent et si, en même temps, on aide la fonction rénale en administrant le lait et l'eau alcaline abondamment, on peut espérer mettre entièrement sur pied le malade en 1 mois. Pour nous, nous sommes fermement convaincus que si l'on baignait et nettoyait de la sorte tous les scarlatineux, il n'y aurait plus nécessité à les maintenir isolés plus d'un mois au maximum ; or cette abréviation de la séquestration aurait dans bien des cas une importance considérable.

Ce premier point de prophylaxie résolu, il reste, après la guérison du scarlatineux à désinfecter linges, meubles, chambre ayant été en contact avec lui. Le point important et délicat est *de ne rien oublier* parmi les objets qu'a touchés le malade. Une seule petite médaille, une petite feuille de papier oubliée par mégarde et rangée dans un tiroir, conserve le germe de la scarlatine pendant plusieurs années et dès qu'elle est remise en contact avec une autre personne indemne, elle lui apporte presque fatalement la maladie.

Aucun objet ne doit donc être épargné dans la désinfection, et pour cela, il faut surtout faire attention à ce que touche le malade pendant sa maladie et sa convalescence. Un autre point important aussi, c'est que, tout scarlatineux ayant une complication quelconque, doit être isolé des autres scarlatineux, car il risque de les contaminer secondairement de sa propre complication. Or dans ces cas de contagion secondaire, les contagionnés sont généralement plus gravement atteints que celui qui les a contagionnés et c'est ainsi que se forment des foyers virulents où la mortalité peut devenir désespérante.

Dr Paul Huguenin.

REVUE D'HYGIÈNE

La loi Roussel.

Une discussion intéressante s'est élevée, à la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle, au sujet de la *loi Roussel*, et de quelques-unes de ses prescriptions. Le Président de la Société, M. *Pinard* a insisté sur l'article qui dit que : *toute femme, qui veut se placer, comme nourrice, doit être accouchée depuis sept mois, ou doit assurer la nourriture au sein, à son enfant, si elle est accouchée depuis moins longtemps.*

Le professeur Pinard regrette que cet article soit resté inappliqué. Dans les bureaux de nourrices, le lait est de 3, 4 mois, jamais de 7. Les maires délivrent de faux certificats et, ajoute-t-il, des médecins-inspecteurs sont dans le même cas. Il demande que la Société fasse des efforts pour que les abus de ce genre disparaissent.

La discussion a lieu. M. Ledé rappelle un travail, qui montre que sur 24 mille nourrices sur lieu, 21 mille avaient un enfant qui n'avait pas sept mois révolus. Beaucoup de ces enfants sont élevés par des soi-disant parents et ils échappent à la surveillance ; d'autres sont élevés au biberon ; quelques-uns au sein, par des nourrices au rabais. De là, mortalité considérable.

M. le Dr Toussaint, directeur de la Société des inspecteurs, prend leur défense et fait observer que ceux-ci n'ont à certifier que deux choses :

1° Que la nourrice remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson ;

2° Qu'elle n'a ni infirmité, ni maladie contagieuse, qu'elle est bonne nourrice.

M. Toussaint affirme, en outre, que, voulût-il assurer l'exécution de l'article 8, il ne le pourrait pas ; qu'en effet, il ne peut pas exiger que la nourrice se fasse accompagner d'une seconde, retenue d'avance, pour allaiter son enfant, puisqu'elle n'a pas d'argent pour donner des arrhes à cette dernière ; qu'elle ne peut placer son enfant, que lorsqu'elle-même, retenue, devra cesser d'allaiter son enfant.

Il termine en disant que, pour lui, l'article 8 est impraticable, et que ni maires, ni médecins, ni M. Roussel, ne pourraient faire passer l'article 8 dans la pratique.

Notre excellent confrère Toussaint a parlé comme parleront tous les gens, qui ont mis la main à la pâte et qui, des lois, n'appliquent que ce qui est possible.

M. le Dr Poitou-Duplessis, lui aussi, doit être du métier, et a prétendu que la loi était inexé-

cutable ; qu'elle va contre tous les intérêts des populations et qu'on agit, avec elle, comme avec un ennemi ; qu'on la tourne. Il dit qu'on aurait dû décider que l'industrie nourricière, immorale, devait être supprimée, les mères obligées d'allaiter (excepté toutefois celles qui n'ont pas de lait, les mères entachées de vices constitutionnels, etc., etc.).

Qu'il voulait lui, la diminuer, cette fatale industrie ; que personne ne veut pour nourrice, d'une accouchée de sept mois ; que c'est à 2, 3 ou 4 mois qu'une nourrice peut se placer. En conséquence, que c'est à cette époque qu'on doit l'autoriser à placer son enfant, s'il est arrivé à un degré suffisant de force et de résistance, chez ses parents, au sein, si elle peut, au biberon surveillé, s'il le faut ; que le biberon, avec les nouveaux appareils, sans tube, le lait pasteurisé, le lait direct de la vache, donnent de meilleurs résultats que le sein au rabais, conséquence de la loi.

La loi doit assurer la surveillance de l'enfant de la nourrice, comme elle assure celle de son nourrisson.

Nous avons souvent rappelé aux médecins inspecteurs, les prescriptions de l'article 8. C'était la loi ; mais nous estimions que ce rappel était bien platonique.

Il va falloir rechercher, avec M. le Sénateur Roussel, le moyen financier d'exécution de la loi de protection. Sans argent pas de.... protection efficace.

La *loi de protection* sera discutée, à nouveau, à la *Société de médecine publique*, le 13 juin, en présence de son auteur. Nous rendrons compte de la séance. Elle sera fructueuse, si on prend pour règles directrices : 1° La suppression, ou au moins la limitation rigoureuse de l'industrie nourricière ;

2° Si les médecins peuvent faire comprendre aux familles que mieux vaut, pour leurs enfants, l'élevage, dans la famille, au biberon surveillé, avec le lait pasteurisé et qu'il faut laisser le lait de leurs mères aux enfants pauvres ;

3° Si enfin, M. *Roussel* parvient à rendre obligatoires les dépenses qu'entraîne la mise à exécution de la loi de protection, avec les modifications dictées par l'expérience.

Nous les avons déjà indiquées, bien souvent. Nous y reviendrons.

A. C.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

L'Association Amicale appréciée en Belgique.

M. le Dr Dejace, le distingué successeur à la direction du *Scalpel*, de l'éminent et regretté Festraerts, fondateur du journal, si dévoué à tous les intérêts professionnels de nos confrères Belges, s'est occupé de l'Association amicale. Nous l'en remercions et nous reproduisons les principaux passages de son article du 13 Mai.

« Nous suivons, avec un grand intérêt, le développement de la caisse des pensions du corps médical Belge, qui nous a servi pour la création des pensions du Corps médical français. Leur fortune ne peut que s'accroître, puisque quoique établies sur des bases différentes, les deux œuvres sont dirigées et administrées avec le dévouement le plus éclairé.

« Il y a en France, une marche ascendante progressive dans la fondation des Associations syndicales et des mutualités.

Le Dr Cézilly, président de l'*Union des Syndicats*, directeur de l'excellent journal le *Concours Médical*, est un des plus ardents promoteurs de ce mouvement. Il a pris, il y a quelque temps déjà, l'initiative d'une œuvre que nous recommandons vivement à la sérieuse attention de ceux que préoccupe la situation si malheureuse et si précaire de beaucoup de médecins Belges.

L'œuvre nouvellement fondée porte le titre d'*Association Amicale des Médecins Français*. Elle s'adresse à tous les médecins de la France et a pour but de leur fournir une indemnité de chômage, en cas de maladie.

Inutile d'insister sur l'importance que présente pour le médecin, plus professionnellement exposé à la maladie que dans toute autre situation libérale, l'œuvre de l'*Association Amicale*.

Le médecin malade se trouve dans la plus pénible et la plus cruelle situation. Non seulement la maladie le prive de son gagne-pain, mais elle peut ruiner absolument, si elle se prolonge, une situation matérielle qu'il a mis parfois des années de soins continus et de dévouement incessant à créer et à maintenir. Si le médecin veut parer à cette triste éventualité de la perte de sa clientèle, il est obligé de se faire remplacer pendant ses jours de chômage forcé, pour ne point voir ses clients s'éloigner de lui. Perte double donc : suppression de ses recettes journalières, dépenses imprévues venant grever un budget absolument menacé, si le médecin n'a pas eu le temps de faire quelque modeste épargne, ou ne possède aucune fortune personnelle. C'est à cette situation précaire que l'Association Amicale des Médecins Français cherche à porter remède, en assurant, au membre associé, une indemnité quotidienne, tant que dure son incapacité de travail, fût-elle de plusieurs années.

L'œuvre a été fondée en 1893 et compte déjà 141 adhérents.

L'idée, pour être récemment mise en pratique, n'est pas cependant toute récente, puisqu'il y a dix ans déjà, le *Concours Médical* la proposait à ses adhérents. Il y a sept ans, le docteur Lagoguey a fondé et établi, pour le département de la Seine, l'œuvre bien connue de l'Association mutuelle de la Seine, qui compte aujourd'hui 280 participants et un encaisse de 100.000 francs.

C'est le caractère statutairement limité au département de la Seine, de la mutualité du Dr Lagoguey, qui a décidé le Dr Cézilly à tenter l'établissement d'une vaste Association, réunissant tous les praticiens français. Retenons toutefois ce fait pour nous, c'est que l'œuvre fondée pour le département de la Seine, a suivi, avec son chiffre d'adhérents, une voie prospère et qu'une mutualité de la même espèce est parfaitement possible en Belgique.

L'Association Amicale des Médecins Français est une fondation de droit strict.

Les statuts en ont été rédigés d'après des études rigoureuses, basées sur les calculs scientifiques d'un actuaire éminent, M. *Léon Marie*, membre de l'Institut des actuaires Français.

Aux sacrifices consentis par ceux qui versent des primes à l'Association Amicale, correspondent des indemnités en équitable proportion.

L'Association a pour but d'allouer une indem-

nité pécuniaire, aux membres qui la composent, placés, par un accident ou par la maladie, dans l'impossibilité d'exercer leur profession soit temporairement, soit d'une façon permanente. L'œuvre ne comprend pour le moment que des médecins de 25 à 65 ans.

A l'entrée, les sociétaires signent une déclaration d'âge et doivent subir un examen médical. Le montant de la cotisation annuelle varie avec l'âge d'entrée. Elle suit une progression qui va de 54 fr. par an, quand l'âge d'entrée est 25 ans, jusque 118 quand l'âge est de 64 ans.

Les statuts prévoient que, quand le nombre des sociétaires aura atteint le chiffre de 300, l'assemblée générale pourra autoriser le versement de cotisations doubles, pour s'assurer double indemnité ; mais ils permettent de ne souscrire qu'une demi-prime, pour n'obtenir qu'une demi indemnité.

L'indemnité quotidienne est de 10 fr. pendant 60 jours, à partir du 5e jour qui suit la déclaration de la maladie. Au-delà du 60e jour, et quelle que soit la durée de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit 100 francs par mois. L'incapacité de travail s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites, car les consultations dans le cabinet restent autorisées, pour ceux, qui ne font pas profession de médecin consultant.

Dans chaque département, la Société est représentée par les bureaux des Syndicats ou Associations médicales, ou à leur défaut par un ou plusieurs correspondants désignés.

La Société est administrée par un Conseil de cinq membres dont les fonctions sont gratuites.

Les grandes lignes des statuts permettent à nos lecteurs d'apprécier les généreuses idées des promoteurs de l'Association Amicale et nous sommes heureux d'apporter notre modeste tribut de félicitations, aux hommes de cœur qui se sont attelés au long et laborieux travail de préparation d'une œuvre si éminemment utile.

M. le Dr Lereboullet, en analysant les statuts de l'Association Amicale, disait dans la *Gazette Hebdomadaire*, que les avantages principaux de ces statuts étaient de rendre cette mutualité accessible à tous les médecins, d'avoir exigé un tarif variable d'après l'âge des adhérents, de recevoir des adhésions jusqu'à l'âge de 64 ans, ce qui est important, car c'est de 45 à 60 ans que l'on songera surtout aux risques de maladies et à l'utilité d'une assurance.

Pour qu'une œuvre semblable puisse réussir, il faut que les médecins sachent comprendre l'utilité des œuvres de prévoyance ; malheureusement, il existe en France, comme chez nous, un tas de préjugés instinctifs et un grand fond d'imprévoyance qui fait remettre à plus tard l'importune idée d'assurer l'avenir en restreignant les dépenses du présent, qui fait dire que l'économie est une noix que l'on garde pour la croquer quand on n'aura plus de dents.

Nous sommes loin, dans nos pays de langue française, de saisir la haute portée morale des institutions d'assurances. Que de progrès nous avons à faire pour suivre, sous ce rapport, l'exemple des Anglais et des Américains !

Ainsi, chez nous, la belle institution de la Caisse de Pensions du corps médical, ne jouit pas encore de toute la faveur qu'elle mérite, et n'a pas encore réuni le groupe serré qu'elle devrait assembler. Certes son avenir est largement assuré, mais il est triste de constater que nous ne savons quelle indifférence, quelle indolence, paralyse les meilleures intentions et rend trop stériles les efforts incessants de ceux qui voudraient voir, groupés dans cette Association confraternelle, la généralité des médecins, pharmaciens et vétérinaires Belges.

Parviendrons-nous, un jour, à réaliser un projet d'Association mutuelle, qui est dans les vœux de plusieurs ? Nous le souhaitons, et en ce cas l'économie générale de l'œuvre du Dr Cézilly pourrait servir de type à la fondation d'une Société d'assurance contre les risques professionnels venant d'accidents ou de maladie.

Il est nécessaire de rappeler de temps à autre aux médecins, que la prévoyance est une vertu. Nous savons bien qu'hélas ! les revenus de la profession ne sont pas toujours brillants et rendent bien difficile le prélèvement d'une somme quelconque destinée à s'assurer. Mais il faut si peu, pour participer aux avantages d'une association mutuelle semblable à celle qui a été si justement appelée l'Association Amicale des Médecins Français ! »

Dr L. DEJACE.

VARIÉTÉS

Une semaine bien remplie

« C'est lundi dernier que nous avons conduit, au Père-Lachaise, mon oncle Mathias, un homme qui se croyait du meilleur monde, et qui est parti pourtant pour un monde meilleur. Nous lui avions tous prédit que son habitude de boire de l'eau de Seine lui jouerait une mauvaise farce. Et comme nous avions raison !

« La veuve Tibère, enterrée mardi dernier, ne buvait, elle, que de l'eau de la Vanne. Pouvait-elle prévoir que la Vanne, si dédaignée des microbes, deviendrait bientôt aussi fréquentée que la Seine elle-même ?

« Mercredi, ce fut le tour de maître Croneau, mon notaire, qui, sur le conseil de son médecin, avait fait l'acquisition d'un filtre. Mais, aux dernières nouvelles hygiéniques, rien n'est si dangereux que les bougies des filtres. Les rendez-vous des microbes, de bonne compagnie, se donnent, tous, en ce poreux séjour.

« C'est à Montparnasse, qu'on a enterré, jeudi, mon vieil ami Mexique. Quelle fatale idée de boire de l'eau minérale à ses repas ! On n'ignore pas que des colonies microbiennes (très élégantes) s'introduisent dans les eaux minérales « pendant la décantation et la gazéification » (*Compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 28 mars*).

« Le duc d'Aquitaine s'était mis résolument au régime de l'eau bouillie. Aussi ça n'a pas traîné. L'eau bouillie est des plus indigestes. Au bout de trois semaines, son estomac se ballonna, son intestin grêle s'enfla et se travailla, pour égaler le gros intestin en grosseur. Il s'enfla tant que le duc en mourut. Vendredi, un petit groupe d'amis l'accompagnaient au four crématoire.

« Avec Godeau, j'étais plus tranquille. Il ne buvait que du vin. Et pourtant, samedi, nous avons conduit Godeau au Père-Lachaise ! Il ignorait, cet homme confiant, que son vigneron était un capricieux dilettante, baptisant son vin, tour

à tour, avec de l'eau de puits, de l'eau de rivière, de l'eau filtrée, de l'eau minérale, voire de l'eau de vaisselle, en manière d'eau bouillie. »

Tristan BERNARD (*Figaro*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite

On s'occupait, récemment, dans un syndicat, de l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite, plus que jamais à l'ordre du jour : on s'était entendu sur les questions principales, sur la rémunération à la visite, etc... et on en était arrivé à la petite chirurgie et aux opérations courantes.

La Commission chargée du travail préparatoire demandait, pour ces opérations, une rémunération supplémentaire, venant s'ajouter au prix de la visite, et ses prétentions étaient fort modestes, si nous en jugeons par quelques chiffres extraits du travail du rapporteur :

Saignée ; injection hypodermique ; ouverture de panaris ; extraction de dent	1 fr.
Ouverture d'abcès profonds ; extraction de corps étrangers de la peau, du nez, de l'oreille, de la cornée ; taxis ; cathétérisme	2 fr.
Pansement des plaies avec sutures : pansement au spéculum	3 fr.
Réductions des luxations de l'épaule ou du coude	10 fr.
— de la cuisse	20 fr.
Réduction et appareils des fractures du membre supérieur	15 fr.
— du membre inférieur	20 fr.
— de la clavicule ou des côtes	5 fr.
Application de forceps ; version ; délivrance artificielle. Trachéotomie ; hernie étranglée	20 fr.

Un des membres présents fit observer qu'une telle rémunération était ridicule, bien qu'elle dût être vraisemblablement le maximum de ce qu'on pouvait obtenir. Dans ces conditions, il estimait qu'il était préférable d'y renoncer.

En effet, ce tarif si réduit, une fois adopté, serait imprimé et distribué aux divers organes de fonctionnement du service d'assistance ; il arriverait donc, forcément, à être connu du public, qui pourrait en prendre texte pour contester, aux médecins, les justes honoraires qu'ils auraient réclamés dans des cas identiques, et les difficultés étant portées devant les tribunaux, qui sait si les juges, toujours si bien disposés à l'égard du corps médical, n'y trouveraient pas matière à réduction des mémoires ?

C'était là une éventualité qu'il était bon de prévoir, et, en face, notre confrère faisait ressortir les maigres avantages qu'en pouvait tirer le médecin, soit une rémunération supplémentaire qui, bon an mal an, pourrait arriver à 30 francs !

La discussion s'engagea naturellement sur cette question ; mais, après l'échange de quelques observations, tous les membres présents tombèrent d'accord pour repousser le tarif en question et déclarer que pour la chirurgie, grande ou petite, aucune rémunération ne serait réclamée.

La résolution ne peut encore être considérée comme définitive, l'Assemblée ayant été relativement peu nombreuse, et une réunion plénière va être convoquée ; mais il est fort probable qu'elle sera adoptée, en raison de l'unanimité, qui s'est déjà manifestée en sa faveur.

Nous n'avons pas, au *Concours médical*, à prendre parti pour ou contre la question : nos confrères, qui sont directement intéressés, nous paraissent capables, mieux que personne, de connaître et de défendre leurs véritables intérêts.

Mais, c'est la première fois, croyons-nous, que la question est envisagée à ce point de vue spécial, et il nous a paru utile de le signaler.

L'organisation du service de l'assistance n'est pas encore complètement étudiée, dans tous les syndicats ; ceux-mêmes, qui ont arrêté leurs projets, peuvent leur faire subir encore une lecture, avant de les soumettre aux administrations départementales.

Il peut donc leur être utile de revoir ces tarifs ultra réduits, de peser les inconvénients qu'ils peuvent présenter et de ne se prononcer qu'après un examen approfondi.

C'est à ce titre que nous avons rapporté la décision prise par nos confrères.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de Bordeaux

Dans la réunion qui a eu lieu jeudi 10 mai, à huit heures et demie du soir à l'Athénée, le Syndicat des médecins de Bordeaux a élu un bureau ainsi composé :

Président, M. le docteur Chabrely ;
Vice-Président, M. le docteur Négrié ;
Secrétaire-Général, M. le docteur Dumur ;
Secrétaire des séances, M. le docteur Rolland ;
Trésorier, M. le docteur Troquart ;
Commission administrative, MM. Solles, Dupeux, Armaignac, Lauga, Delmas St-Hilaire.

REPORTAGE MÉDICAL

La déclaration des maladies contagieuses et la désinfection. — Dans le dernier numéro, au reportage, un de nos confrères, qui avait déclaré la scarlatine d'un enfant de 5 ans, se plaignait que, quoiqu'il n'eût pas encore réclamé la désinfection, les agents du service se fussent présentés dès le 5e jour. La mère, intelligente, dit-il, aurait renvoyé les désinfecteurs, en leur faisant observer que la désinfection ne serait utile qu'après la guérison.

L'erreur est grande. Le service de désinfection est, au contraire, très désireux de procéder de suite : 1° à la désinfection des vêtements que portait le malade lorsqu'il a été atteint ; 2° à celle des linges et objets qui ont été en contact avec le malade, afin qu'ils ne soient pas envoyés dans les blanchisseries et autres lieux, où ils propagent la maladie.

Dans ce but, des sacs spéciaux sont laissés à la disposition des familles et enlevés au fur et à mesure.

La guérison obtenue, on procède à la désinfection des lieux et on indique, durant tout le cours du traitement, les meilleurs procédés pour empêcher la propagation à l'entourage. Autrement dit, le service de désinfection commence avec la maladie, et il est, pendant toute cette période, à la disposition du médecin.

Le directeur du service, le Dr *A.-J. Martin*, est le premier à réclamer, de ses confrères, toutes leurs observations au sujet des imperfections d'une organisation qui a rendu déjà de grands services, et qui en rendra de plus grands encore, par une entente générale.

— Le budget de l'instruction publique pour 1895 présente sur le budget de 1894 une augmentation de 2,535,285 francs. Parmi les crédits nouveaux signalons les deux suivants :

Un crédit de 75,000 francs est destiné à faire face à l'*organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine*. La loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat l'obligation d'organiser cet enseignement. La dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

Un crédit de 400,000 francs permettra d'organiser l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles dans les Facultés des sciences. On sait que deux décrets récents, rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, ont réorganisé les études médicales. Désormais l'étudiant en médecine, avant d'aborder les études médicales proprement dites, devra s'être initié dans une Faculté des sciences, aux sciences physiques, chimiques et naturelles.

Ce nouvel enseignement servira à d'autres étudiants qu'aux futurs étudiants en médecine, à ceux qui se destinent à l'industrie, à l'agriculture ; l'accès en sera ouvert, en même temps qu'aux bacheliers, aux sujets d'élite sortis de l'enseignement primaire. La dépense résultant de cette organisation, personnel et matériel, sera couverte, et au delà, par une recette correspondante.

En outre, des crédits sont demandés pour la création d'une chaire d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier, et pour la transformation, en chaire, du cours de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Lyon.

— Deux de nos confrères belges ont été les victimes des anarchistes. Le plus gravement atteint est le Dr *Renson* de Liège. Ce médecin, très estimé, très charitable, est aveuglé ; les membres sont déchirés, la poitrine ouverte. Sa jeune femme et son ami, le Dr Bodart sont moins sérieusement blessés. Nous adressons à M. *Renson* l'assurance de nos vives sympathies pour son infortune. S'il perd la vue, le crime est irréparable, et si, en outre, il se trouvait dans une situation de gêne, il appartiendrait aux médecins belges d'y remédier ; ils peuvent être assurés que les médecins français les suivraient dans leurs décisions et se joindraient à eux pour les réparations possibles.

— Les médecins se plaignent, à Paris, de la multiplication des polycliniques et des consultations données gratuitement dans les hôpitaux à des malades qui n'y ont pas droit. Mais en Angleterre, cet abus est autrement accentué ! Dans 37 villes représentant une population de 11.533.244 âmes, les hôpitaux ont traité, en 1893, le chiffre colossal de 2.993.806 consultants externes. Rapporté à la population totale de la Grande-Bretagne, qui est de 40 millions d'habitants, ce chiffre donnerait une proportion de plus de 10 millions de malades traités gratuitement. Et cependant, une enquête sévère sur les ressources des malades qui prétendent avoir des droits aux secours gratuits montrent que la proportion de ces malades, dans ces grandes villes, oscille entre 30 et 60 p. 100. Dans ces conditions, il ne devrait pas y en avoir plus de 2 millions dans tout le Royaume-Uni, alors qu'en réalité il y en a environ 10 millions ; soit 8 millions de trop. (*Revue Scientif.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3907. — M. le docteur VIEL, à Pont-l'Abbé Picauville (Manche), membre de l'Association des médecins de la Manche et de l'Association amicale des médecins Français.

N° 3908. — M. le docteur TRABY, à Ille-sur-Têt (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

N° 3909. — M. le docteur BATARD, à Javron (Mayenne), présenté par M. le docteur Jacob de Montsurs (Mayenne).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur SOUBIES, de Cormery (Indre-et-Loire), membre du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Essai de Chimie Biologique appliqué à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales de la Bourboule, par MM. les docteurs L. HEULZ, médecin de l'hôpital thermal de la Bourboule ; H. CATHELINEAU, chef du laboratoire de chimie à l'hôpital Saint-Louis, in-8° raisin, prix broché **2 fr. 50.**

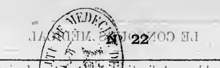
Formulaire spécial de thérapeutique infantile (RAYMOND NOGUÉ, *avec préface de* M. le Dr G. VARIOT, *médecin des hôpitaux de Paris*, in-18 de 650 *pages*. *Prix* : 6 *fr. Paris* 1894). — En offrant au public médical ce Formulaire, le Dr Raymond Nogué a voulu mettre entre les mains de tout praticien un guide précis et sûr de thérapeutique infantile. Il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé, au début de sa carrière, eût-il même fait un stage dans un hôpital d'enfants, fortement embarrassé pour formuler une ordonnance dans certaines affections du premier âge. Ayant, comme ses confrères, rencontré ces difficultés, le Dr Raymond Nogué a pensé qu'il serait utile de réunir en un formulaire spécial de thérapeutique infantile les modes de traitement et les principales formules des maîtres français ou étrangers en pédiatrie. Dans le champ chaque jour grandissant de la thérapeutique, il a judicieusement choisi les médications ayant fait leurs preuves entre les mains des hommes les plus autorisés. Il s'est également efforcé de citer de préférence les formules les plus simples, qui souvent lui ont paru être les meilleures. La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer. En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la posologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres. D'une façon générale, chaque article comprend la prophylaxie de l'affection, son traitement pathogénique, le traitement des différents symptômes et le traitement des complications. Il a semblé au Dr R. Nogué qu'un Formulaire s'adressant au praticien ne pouvait laisser de côté certains points de chirurgie journalière ou d'urgence tels que le traitement des abcès, de la coxalgie, des fractures chez les enfants, la pratique des appareils plâtrés, du corset de Sayre, la thoracenthèse, l'empyème, le tubage du larynx, la trachéotomie, etc. C'est pourquoi il n'a pas hésité à faire à ces questions, bien que d'ordre chirurgical, une place en rapport avec leur importance, pensant que le médecin praticien lui en saurait bon gré. C'est donc avec confiance que le Dr Raymond Nogué peut livrer aujourd'hui à ses confrères ce consciencieux travail. L'accueil qui lui sera fait dédommagera amplement l'auteur de sa peine et lui prouvera combien son œuvre est utile.

J. ROUVIER (de Beyrouth).

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 22 2 Juin 1894



LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'Association amicale des Médecins Français.

Comment ! Vous hésitez !.... Il s'agit donc de faire une bonne action ?

C'est cette définition humoristique de l'hésitation, donnée par notre confrère Grellety, que nous prendrons pour épigraphe de ce troisième article, car il en est des bonnes actions comme des bonnes affaires : on hésite d'autant plus qu'elles sont meilleures.

A qui, d'entre nous, n'arrive-t-il pas, chaque année, d'être vivement ému par un éloquent appel à la charité, en présence d'une calamité publique, par le spectacle d'une infortune imméritée ? Une souscription est ouverte, on est tout feu. Mais, pour envoyer son obole, il faut se rendre à la poste et prendre un mandat, il faut sortir, il faut trouver, dans sa bourse, la monnaie appropriée à la circonstance, que sais-je encore ? On remet l'envoi au lendemain, à la première sortie. Le lendemain se passe, et le surlendemain on a d'autres préoccupations. Quand on repense à la calamité, il est bien tard..... on attend donc une nouvelle émotion, pour éprouver une nouvelle velléité de bien faire.

N'en est-il pas un peu ainsi, de la participation aux œuvres d'intérêt général ou privé qu'on a rêvées, qu'on a réclamées, auxquelles on était bien décidé à se faire inscrire immédiatement ? Elles sont réalisées, mises à notre portée : il n'y a plus qu'à consacrer son approbation en participant.... on hésite, on remet au lendemain..... on s'inscrira bien sûr, mais on ne s'inscrit pas.

Oui, il faut s'affilier à l'*Association amicale* !

Pour celui qui est bien portant, qui peut considérer la prime comme légère, c'est une bonne action à accomplir. En adhérant lui-même, il encourage les adhésions de ceux qui peuvent concevoir des craintes légitimes sur leur santé, leur seul bien actuel, celui qui leur permet de subvenir à tous les besoins de leur famille et que tant de périls menacent.

Pour ces derniers, c'est une bonne affaire. Et cependant, les uns comme les autres hésitent et remettent au lendemain !

C'est là, il faut le dire, une bien fâcheuse inclination de notre caractère, c'est l'obstacle le plus sérieux que rencontrent les œuvres les plus louables.

Nous ne saurions compter les lettres de félicitations et d'encouragements que nous avons reçues, durant cette longue période de préparation de l'indemnité maladie : ce qui est certain, c'est que leur nombre dépasse de beaucoup celui des adhésions recueillies jusqu'à ce jour, et lui-même, l'auteur de la définition, il a sûrement approuvé l'œuvre, mais non moins sûrement, il a hésité, puisqu'il n'a pas encore accompli la bonne action. Il a péché par hésitation ; nous lui demandons son adhésion et sa propagande : nous lui proposons l'exemple de notre secrétaire général, dont l'éloquence et l'ardeur infatigable nous ont conquis un si grand nombre d'adhérents.

Chers Confrères,

Ce n'est pas à vous, que nous apprendrons que la médecine ne mène généralement pas à la fortune : elle donne souvent l'aisance, avec un travail régulier. Mais que d'événements peuvent interrompre ce travail ! Il est impossible de se garder autrement que par une surveillance sévère de ses actes contre les insuccès, contre la concurrence d'un rival plus actif et, malheureusement aussi, contre les procédés incorrects d'un voisin peu délicat ; cependant, l'assiduité à la

tâche, la persévérance, un redoublement d'activité, peuvent triompher de ces éventualités. Mais que deviendra le plus régulier, le plus courageux, s'il n'a pas de quoi surmonter la redoutable épreuve de la maladie, de ce fléau qui lui enlèvera subitement l'argent qui le fait vivre lui et les siens ?

Nul n'est à l'abri de ce danger, nul ne peut répondre qu'à la maladie aiguë, ne succédera pas la chronicité ou même l'impotence fonctionnelle. Et, dans cette occurrence, malgré les secours qu'il pourra trouver dans les Sociétés d'assistance médicale, combien ne regrettera-t-il pas d'avoir hésité à s'agréger à une œuvre qui, sans aucune sollicitation, lui délivrera la somme nécessaire pour payer son remplaçant ; qui lui assurera, par conséquent, la jouissance de tous les produits de sa clientèle, comme s'il était en pleine activité et qui, si sa maladie se prolonge, lui versera une indemnité devant durer autant que son impossibilité de travailler.

Nous voudrions voir intervenir ici la femme du médecin : c'est elle qui, bien souvent, lorsque son mari va affronter les intempéries, le péril de la contagion ou des accidents, a envisagé avec terreur la sombre perspective de ces éventualités que prévoit et s'efforce d'atténuer l'*Association Amicale* ; c'est elle qui devrait être notre apôtre le plus ardent et le plus influent et, grâce aux économies que son esprit industrieux lui permet de réaliser, sur les dépenses de la maison, décider son mari à passer de l'approbation à l'action, et obtenir de lui qu'il envoie au Dr Jeanne cette adhésion qu'il remet de jour en jour.

D'un autre côté, nous nous adressons aux dignitaires des diverses sociétés médicales et nous leur disons :

Très honorés confrères,

La confiance que vos pairs vous ont témoignée, en vous plaçant à leur tête, vous devez la justifier par des actes, et l'un des meilleurs que vous puissiez accomplir, c'est de profiter d'une réunion, pour engager vos confrères à s'agréger à l'*Association Amicale* en la leur faisant connaître.

Notre trésorier, M. le Dr Gassot, vous a dit tous les mérites de l'œuvre : il vous a exposé les conditions indiscutables de sécurité qu'elle présente, les calculs sur lesquels elle repose et que rien ne peut contredire ; il vous a répété, ce que vous savez, que les santés les plus florissantes, les situations les plus prospères ne sont bien souvent qu'apparentes, que les misères médicales imméritées proviennent trop souvent de la maladie, qu'enfin l'œuvre a visé spécialement les situations ordinaires, pour fournir une indemnité suffisante et proportionnée à un sacrifice pécuniaire annuel modéré.

Notre secrétaire général, M. le Dr Jeanne, vous a exposé, à son tour, combien il était facile de faire fonctionner l'œuvre sans embarras aucun pour personne, par une simple intervention qui, pour chaque correspondant, se résume de loin en loin en un service confraternel.

Nombre d'entre vous ont accepté les fonctions que nous vous proposions, mais, ne l'oubliez pas, nous avons compté sur votre propagande et aussi sur votre adhésion personnelle, que vous ne sauriez nous refuser.

Pouvez-vous trouver, pour vos ordres du jour, sujet plus intéressant ? Vous ferez entrer dans l'esprit de vos confrères cette conviction que qui s'assure se rassure ; vous écarterez des préoccupations d'un père de famille, le souci de la gêne que la maladie peut entraîner ; vous ferez comprendre, à tous, les bienfaits d'une œuvre comme la nôtre, en leur exposant que :

1° Les primes versées, lorsqu'on a le bonheur d'échapper à la maladie, ne sont pas perdues, puisqu'elles s'accumulent, pour soulager ceux qui ont le malheur de perdre le plus précieux de leur bien, la santé ;

2° Que le membre de l'*Association Amicale* qui est malade, pendant une année, touche plus de *vingt fois* le montant de la prime correspondant à son âge ;

3° Que si la maladie devient chronique, il reçoit, chaque année, douze cents francs, somme qui, s'ajoutant aux quelques ressources qu'il

FEUILLETON

Protection des enfants du premier âge.

Une circonscription modèle.

M. le Dr Sutils, de la Chapelle la Reine (Seine-et-Marne), s'occupe depuis longtemps et d'une manière toute spéciale, des questions relatives aux enfants du premier âge : on sait qu'il a préconisé un système de pesées méthodiques, dont il a montré l'importance, dans une série de tableaux graphiques des plus instructifs.

Il peut être intéressant de connaître les résultats, que donne la surveillance des nourrissons, pratiquée par un homme d'une telle compétence.

Nous extrayons du rapport de l'Inspecteur Départemental les documents suivants :

En 1884, la mortalité, dans la circonscription du Dr Sutils, étaient de 16,6 % pour les enfants âgés de moins d'une année ; elle est tombée à 1,5 % en 1892, et pendant cette période elle est restée constamment plus faible que dans l'ensemble du Département de Seine-et-Marne.

Au point de vue de l'alimentation, on voit que, la mortalité des enfants élevés au sein, qui était de 12,2 %, est descendue à zéro et celle des enfants élevés au biberon, qui était de 17,6 %, est descendue à 3,2.

Au point de vue nosologique, M. le Dr Sutils constate que les maladies des centres nerveux restent stationnaires, que les maladies de l'appareil respiratoire sont allées constamment en diminuant pour arriver à zéro et que les maladies gastro-intestinales qui donnaient, en 1884, une proportion de 8,3 % sont progressivement descendues à 1,2 % en 1892.

Mais il faut laisser la parole au Dr Sutils :

En 1881, les visites se faisaient à la mairie. A partir du 1er janvier 1882, j'ai fait les visites à domicile. A cette époque, le biberon était en grande vogue, dans ma circonscription, et nombre de femmes se livraient à cet élevage, avec plus ou moins de soins.

La mortalité dépassait 25 %.

Ne pouvant supprimer radicalement, tout d'un coup, les mauvaises nourrices, je suis arrivé, avec le temps et la patience, à diminuer leur nombre en refusant le certificat, qui leur était nécessaire, pour se procurer de nouveaux élèves.

J'ai réussi beaucoup, mais j'ai échoué trop sou-

peut posséder, lui permet d'attendre avec quelque sécurité le rétablissement final ;

4° Enfin, que la prime, suivant l'âge, ne représente qu'un versement mensuel variant de 4 fr. à 9 fr. — six sous par jour ! — et que tous peuvent faire ce sacrifice, sans gêne notable, en vue d'un avantage beaucoup plus considérable et d'une tranquillité absolue.

Nous pourrions continuer la série de nos arguments, nous préférons vous dire qu'aucun ne vaudra votre adhésion à l'*Association Amicale*, puisque vous aurez prêché d'exemple.

On vous objectera peut-être la nécessité de l'*examen médical*. — Faites ressortir qu'il est pratiqué de la façon la plus confraternelle, et que pour le Conseil d'Administration, qui prononce les admissions, aucun examen ne vaut la notoriété de la bonne santé d'un confrère, du matin au soir en pleine activité professionnelle. Vous saurez en faire comprendre l'absolue nécessité, car, sans lui, l'*œuvre de droit strict et de prévoyance*, que tous ont voulue, se transformerait nécessairement en *œuvre d'assistance*, de *commisération confraternelle*.

Si l'on vous objectait que l'œuvre cesse à 65 ans, répondez que la prime est en conséquence — nous reviendrons d'ailleurs sur ce point — et ajoutez, qu'en ce moment même, le Conseil d'Administration étudie les moyens d'étendre les bienfaits de l'*Association Amicale* à l'extrême limite de la vie.

Si l'on se targue de sa bonne santé actuelle ou passée, si l'on veut oublier l'exemple du voisin valétudinaire et naguère encore exubérant d'activité, faites remarquer que ce n'est pas à la maladie seulement que l'œuvre s'adresse, qu'elle vise aussi les accidents auxquels le médecin est exposé plus que personne. Vous lui ferez comprendre que, dans ce dernier cas, l'*Association Amicale* donne plus qu'aucune compagnie d'assurances, puisqu'en cas d'impotence elle sert une indemnité annuelle de 1,200 francs.

Vous pourrez ajouter, enfin, que, si quelques années d'exercice venaient à montrer que les réserves de l'*Association Amicale* arrivent à dépasser les prévisions, on étudierait une combinaison permettant, soit de diminuer les primes, soit d'augmenter les indemnités.

Nous l'avons dit, les dignitaires des Associations médicales ont charge d'âmes ; ils doivent rendre, en services, à leurs confrères, l'honneur que ceux-ci leur ont fait en les choisissant. Ils doivent avoir à cœur de donner aux réunions qu'ils président tout l'attrait possible. Où pourraient-ils trouver des sujets plus intéressants que ceux qu'offre à leurs discussions le *Concours Médical* ?

Association Amicale, en cas de maladie ; *Caisse des pensions de retraite* à l'âge de 60 ans ; *Société de protection des victimes du devoir* ; œuvres syndicales de défense des intérêts professionnels : telles sont quelques-unes des matières que nous prions nos confrères de vouloir bien aborder.

Mais pour cette année, qu'ils donnent le pas à l'*Association Amicale*, qu'ils nous aident à augmenter le nombre de ses adhérents ! Ce sera faire acte de bonne confraternité avec la certitude de participer, effectivement, à une œuvre digne de l'intérêt le plus immédiat.

L'*Association Amicale* se recommande à l'attention de toutes les sociétés médicales : elles ne perdront ni leur temps, ni leur peine.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'atrophie héréditaire des nerfs optiques.

D'après M. *Kœnig*, cette affection constitue une entité morbide distincte, ayant une symptomatologie particulière et possédant des caractères subjectifs et objectifs, toujours les mêmes. Les faits qu'il a observés constituent de beaux exemples d'hérédité similaire, homocrone et croisée. Le premier de ses malades est un jeune homme de 23 ans chez qui les troubles visuels sont survenus brusquement à 22 ans, précédés de fortes céphalalgies. Les symptômes sont : excavation atrophique très prononcée dans le segment tem-

---

vent, les femmes allant quémander un certificat à un confrère plus bienveillant.

Ma circonscription étant très étendue et en grande partie, située dans des régions où la médecine est exercée par d'autres confrères, il y avait à craindre que ceux-ci ne prissent ombrage de ma présence.

Pour éviter l'apparence d'une concurrence, j'ai toujours refusé les consultations qui m'étaient demandées, dans les villages situés en dehors de mon rayon, me bornant aux conseils hygiéniques que j'ai le devoir de prodiguer aux nourrices. J'ai fait demander, moi-même, le médecin habituel lorsque sa présence me semblait utile et me suis entremis, à l'occasion, pour lui faire payer, par les parents, les honoraires auxquels il avait droit.

Par cette conduite loyale, je me suis attiré la sympathie de mes confrères voisins, qui se sont vivement intéressés à mes études sur les pesages et refusent des certificats aux femmes que je leur signale.

C'est grâce à cette excellente confraternité, qu'il n'entre pas plus de deux ou trois nourrices par an dans mon service, sans mon approbation, et c'est dans cette petite catégorie que se produisent presque tous mes décès.

En 1884, l'Inspecteur départemental, M. Albert, publiait son premier rapport et y parlait du pesage des enfants, comme devant rendre de grands services à la protection du premier âge. Cette idée me sourit et je commençai mes pesages réguliers avec la plus grande curiosité.

Les résultats qu'ils m'ont donnés, ont été considérables et j'ai eu le plaisir de voir bon nombre de mes collègues de Seine-et-Marne et de nombreux départements, me suivre dans cette voie. Je n'insisterai donc pas sur cette pratique au point de vue technique. Je les continue toujours et j'ai la conviction absolue qu'ils sont cause, en grande partie, des succès que j'ai obtenus comme diminution de la mortalité.

Je m'explique : En dehors des résultats scientifiques que donne cette pratique et dont le médecin profite, il y a un effet moral sérieux sur la nourrice. Ce que le raisonnement ne fera pas, le pesage le fait sans effort. Donnez des conseils à une femme, faites-lui des observations, elle ne vous comprendra pas ou ne voudra pas vous écouter, le plus souvent.

Pesez son enfant et faites-lui voir qu'il diminue ou n'augmente pas, elle comprendra cet argument et écoutera votre voix. Elle modifiera sa façon de faire, avouera une grossesse, une insuffisance de lait, qu'il vous était difficile de constater sûrement.

D'un autre côté, les observations de pesage, si elles sont prises sérieusement, exigent de la part

poral, abolition de la vision centrale, conservation de la perception lumineuse, intégrité du champ visuel périphérique, scotome central absolu, et paracontral relatif, s'étendant de 10° à 20° en dehors; perception des couleurs à la moitié de la distance périmétrique, réaction pupillaire normale, amélioration de la vue le soir. Le frère de sa grand'mère maternelle a perdu subitement la vue à 30 ans, est mort à 40 ; un oncle et un cousin germain du côté de sa mère sont devenus aveugles ; le premier est le frère, le second, le neveu de sa mère, qui a eu huit enfants.

L'oncle et le cousin germain sont atteints d'atrophie optique, mais chez l'oncle la vision s'est très améliorée depuis huit ans, les autres symptômes oculaires sont les mêmes.

Un autre malade appartient à une famille où il y a de nombreux cas d'atrophie. Sa grand'mère a eu dix enfants, cinq filles et cinq garçons ; trois de ceux-ci ont été atteints d'atrophie optique entre 20 et 24 ans. Une des filles a eu un fils qui est devenu complètement aveugle. Il existe de l'atrophie grise et, actuellement, il est atteint d'un tremblement Parkinsonien unilatéral. L'hérédité est donc manifeste, dans une famille il y a consanguinité. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme; mais accès goutteux rhumatismaux. L'évolution dure deux mois, puis survient un état stationnaire. Leber, qui a cité les premiers cas de cette maladie, fait remarquer qu'elle se développe surtout par les mères sur les individus du sexe masculin. Les lésions peuvent se montrer sous trois formes : Périnévrite, atrophie blanche ou grise, excavation atrophique. Le terme névrite optique ne concorde donc pas avec tous les faits cliniques. M. Kœnig admet avec M. Despagnet une poussée méningitique, mais cela ne suffit pas. Il faut faire intervenir une altération d'ordre héréditaire portant sur les tissus qui entourent le nerf optique. D'après M. Berger, les anomalies du développement du corps du sphénoïde retentissent sur le nerf. Cette croissance peut être irrégulière, elle se développe entre 20 et 30 ans. Il est possible qu'une compression s'exerce sur la gaine, et que le faisceau maculaire soit intéressé ; ce développement peut en s'effectuant provoquer des désordres tels que l'étroitesse anatomique du trou optique et coïncider avec des altérations méningitiques. Il en résulte ou une inflammation de la gaine du nerf optique ou une atrophie du faisceau maculaire. Presque toujours il y a un scotome central ovalaire analogue à celui de la névrite rétro-bulbaire alcoolique. Le pronostic est alors plus favorable. Rarement la vision est tout à fait abolie. Les malades continuent à pouvoir se conduire.

La linite plastique.

MM. *Bret* et *Paviot*, de Lyon, dans un très consciencieux travail, viennent de démontrer que *la linite plastique* ne doit plus être confondue avec la gastrite chronique sclérosante, ni avec l'hypertrophie sous-muqueuse gastrique, car c'est un cancer squirrheux stomacal, de forme spéciale.

Au point de vue clinique, la linite plastique présente deux phases, une phase stomacale, et une phase d'extension et de généralisation.

La première phase de la linite plastique, d'après Brinton, est caractérisée par la présence d'une tumeur oblongue régulièrement cylindrique de l'hypocondre gauche, disparaissant à gauche sous les fausses côtes, atteignant à droite la ligne médiane. Si, de plus, les troubles gastriques remontent à plus d'un an et demi environ, si la cachexie et l'affaiblissement ont été très lents, s'il y a eu absence d'hématémèse et de melæna, ou bien seulement une hématémèse légère, le diagnostic peut être porté ferme.

Mais l'affection ne se présente pas toujours au clinicien sous cet aspect, bien au contraire. De l'analyse des observations il ressort que le malade ne réclame pas d'ordinaire les soins médicaux à ce moment, et cela d'ailleurs s'explique bien par l'intégrité relative de la muqueuse (fait sur lequel insistent déjà les auteurs anglais), l'estomac est bien plus gêné dans sa motilité que dans sa sécrétion et nous n'en voulons pour preuve que l'hypertrophie toute fonctionnelle de

---

du médecin, une grande exactitude dans les visites. Or, cette exactitude est une autorité sur la nourrice, que le médecin négligent perd, car elle le sait en défaut. Comment un médecin peut-il sévir contre une femme, qui le menacera, de le dénoncer, comme ne faisant pas régulièrement ses visites ? Le fait est plus fréquent qu'on ne croit, et si les Inspecteurs départementaux voulaient parler, ils en diraient long sur ce sujet.

Tout ce qui fortifie l'autorité du médecin est un atout dans son jeu et il n'est pas de moyen négligeable pour arriver à ce résultat.

Parmi ceux-là, un des plus importants doit être tiré des parents de l'enfant. J'envoie à la famille, à l'arrivée de chaque nourrisson, une lettre-circulaire, me mettant à sa disposition pour lui fournir un bulletin mensuel de la santé de l'enfant et demandant, en échange, le droit de faire vis-à-vis de lui, ce que les circonstances pourront me dicter ; cette lettre et ce bulletin ainsi conçus :

M

J'ai l'honneur de vous informer que, dans le but de renseigner exactement les parents qui veulent bien m'honorer de leur confiance, en plaçant leurs enfants dans ma circonscription, je leur envoie tous les mois un bulletin de la santé de ces enfants avec leur poids vérifié à chaque visite.

Le prix de ce bulletin est de :

Veuillez me faire savoir, si vous désirez vous y abonner et le recevoir

BULLETIN MENSUEL

Enfant :

Nourrice :

Poids { du mois précédent / du mois actuel

Date de la visite

Etat de santé

Observations

Cela me permet de déplacer les enfants au sein, lorsque la nourrice devient enceinte ou n'a plus de lait, et de faire mettre au sein les enfants au biberon, lorsqu'ils ne viennent pas, c'est-à-dire lorsque cette alimentation ne leur convient pas.

J'ai même, de ma propre autorité, fait déplacer un nourrisson, sans aucune raison contre la nourrice, mais parce que son mari, tuberculeux avancé, couchait dans la même chambre que l'enfant, que cette pièce n'était pas suffisamment aérée à cause

sa tunique musculaire, qui lutte pour ainsi dire contre ce plastron rigide sous-muqueux.

En somme, tout peut se borner là comme symptôme dans les cas de linite simple, ceux que Brinton semble avoir surtout rencontrés (peut-être parce qu'il rangeait les autres dans les péritonites chroniques) ; le malade meurt à ce moment, l'extension péritonéale peut passer inaperçue et l'affection stomacale revêt un caractère d'individualisation très spécial.

La 2e phase est caractérisée surtout par les vomissements de sang, et l'ascite. L'ascite déroute souvent le diagnostic et fait croire à une cirrhose, s'il n'y a pas de douleurs, ou à une péritonite chronique, s'il y a des douleurs épigastriques. On peut, quand il y a sténose intestinale, songer à une obstruction de l'intestin. Même après la ponction de l'ascite, il est fort malaisé de faire le diagnostic. Ce n'est guère qu'à la première phase que le diagnostic s'impose par la netteté des symptômes.

Au point de vue de l'anatomie pathologique il n'y a pas à hésiter, la linite plastique est une forme de cancer, tantôt limitée à l'estomac, tantôt diffuse et généralisée au péritoine et à l'intestin.

Ce que l'on observe le plus communément, c'est une hyperplasie épithéliale intra-glandulaire, qui représente un stade de transition entre la prolifération atypique et cancéreuse et la formation adénomateuse, mais qui en tout cas ne dépasse pas la *muscularis mucosæ*. Pour quelques auteurs, il ne s'agirait là que d'une simple lésion réactionnelle sans lien avec le cancer. Quoi qu'il en soit, les deux termes, sur lesquels insistent les auteurs : hyperplasie glandulaire, absence de réaction du tissu conjonctif autour des tubes, suffisent à démontrer que ces lésions n'ont rien de commun avec la gastrite chronique.

L'urobiline et le diagnostic des affections hépatiques par l'examen spectroscopique des urines.

Nous insistons souvent sur la nécessité d'examiner avec soin les urines, quand on veut faire un diagnostic précis.

Cet examen comporte naturellement la recherche de l'albumine et du sucre ; mais il est une recherche au moins aussi intéressante et beaucoup plus rapide à exécuter, que, malheureusement, nous voyons trop souvent omettre, c'est celle de l'urobiline et des pigments biliaires. Cette recherche a une importance considérable au point de vue du diagnostic d'une affection hépatique latente. On peut rapidement constater la présence ou l'absence de l'urobiline dans l'urine, en versant une petite quantité d'urine dans un tube étroit cylindrique et en le regardant par transparence avec *un spectroscope* de poche, dit de minéralogiste. S'il y a de l'urobiline, on verra dans la région verte du spectre, entre le vert et le jaune, une bande noire ou tout au moins sombre, caractéristique de l'urobiline. Dès qu'on retire le tube d'urine, le spectre ne présente plus la moindre bande sombre. La présence de l'urobiline constatée d'une manière constante ou tout au moins fréquente dans une urine, est un signe d'une grande valeur en faveur de quelqu'affection hépatique (lithiase, congestion, cirrhose). Il est certain que si on ne rencontre l'urobiline dans l'urine que passagèrement, il n'y a pas *d'importance à y ajouter*.

MÉDECINE PRATIQUE

La trachéotomie et l'intubation du larynx, dans le croup.

On a beaucoup écrit sur la trachéotomie comme traitement du croup, et bien peu d'internes des hôpitaux d'enfants ont résisté au désir de rédiger avec plus ou moins de détails la technique de cette opération courante. Le trop petit nombre de succès obtenus par la trachéotomie excite, en effet, chacun à étudier à fond les plus fines minuties de l'opération et à publier le résultat de son expérience personnelle,

---

du malade, et que ces mauvaises conditions hygiéniques me paraissaient pouvoir compromettre l'état de santé de l'enfant.

J'ai toujours eu, dans ces cas de déplacement, l'approbation des parents et les nourrices elles-mêmes se rendent à mes explications.

Malheureusement, un certain nombre de parents sont indifférents, ne répondent pas à mes avances et je suis obligé quelquefois de supporter ce que que je ne puis éviter.

Je ne parlerai pas d'un grand nombre d'enfants de filles, pour lesquelles, ils sont une charge et qui seraient enchantées de leur disparition. De ce côté-là, il n'y a rien à faire, sauf de rares exceptions.

Je me suis lié, par cette entente avec les parents, avec un bon nombre de petits commerçants de la capitale et ils m'ont formé une clientèle de nourrissons, soit qu'ils m'envoient leurs enfants successivement, soit qu'ils engagent leurs amis à m'envoyer les leurs. Il est facile de comprendre que, dans ce cas, les parents s'en rapportent absolument à moi, pour le choix de la nourrice et pour tout ce qui peut toucher leur enfant.

Mes nourrices, en général, ne vont donc plus au bureau et j'ai l'avantage appréciable d'avoir des clients payant régulièrement mes honoraires.

Tous les Médecins Inspecteurs ne pourront pas procéder de la même façon, car il est de toute nécessité d'avoir une grande circonscription et toujours, sous la main, un nombre de nourrices suffisant pour faire face aux demandes et aux déplacements, les parents pouvant reculer devant une mesure radicale, si l'on n'a pas à leur proposer, sur-le-champ, une nourrice supérieure à celle qu'on leur fait quitter.

Lorsque l'enfant d'une nourrice, qui devient enceinte, est âgé de plus d'un an et en bon état, je me contente de le faire sevrer immédiatement (le poids me renseigne très bien à ce sujet). S'il est jeune, je demande le déplacement et au besoin je l'opère moi-même.

Les réflexions précédentes concernent surtout les enfants élevés au sein ; quant aux nourrices sèches, je n'en fournis qu'à mon corps défendant, après observations, et je refuse d'une façon absolue de délivrer un certificat aux nourrices de ce genre, pendant les mois de chaleur et surtout pendant le mois de septembre.

Je refuse également tout certificat, à quelque nourrice que ce soit, lorsqu'il existe dans une localité une maladie contagieuse.

(A suivre.)

pour tâcher de perfectionner le manuel et les opérateurs futurs. Mais, hélas ! ni le chloroforme, ni les opérations rapides en un seul temps, ni l'antisepsie rigoureuse n'ont sensiblement amélioré le pronostic de la trachéotomie, qui est et restera une opération grave, toujours *in extremis*, guérissant assez facilement, quand la diphthérie guérit d'elle-même, exposant malheureusement trop souvent les malades à des complications épouvantables.

Voulons-nous qu'on ne pratique plus la trachéotomie ? Non, évidemment ; dans bien des cas, nous serions bien embarrassés de dire par quoi nous conseillons de la remplacer. Mais nous désirons démontrer aujourd'hui que bien des fois, on pourrait l'éviter pour le plus grand bien du malade et de son entourage. Une autre méthode thérapeutique, très en vogue depuis quelques années et dont les débuts ont été difficiles, surtout en France, l'*intubation du larynx*, inventée par Bouchut et O'Dwyer, a bien des succès à son actif et mérite qu'on l'applique avant la trachéotomie. Récemment le *Dr Gillet*, comparant les résultats des deux méthodes, a constaté que l'intubation avait guéri autant de croups que la trachéotomie. Nous rappellerons ici quelques-unes de ses conclusions :

« L'intubation doit se pratiquer dès que l'indication de rétablir la béance des voies respiratoires se fera sentir, d'une façon péremptoire, par le tirage et les accès de suffocation.

« On n'exécutera pas le tubage, sans avoir tout apprêté pour une trachéotomie possible. Le tubage n'a pour but que d'éviter celle-ci. S'il lève le barrage laryngien, s'il rétablit la perméabilité du conduit, l'intervention n'a pas à être poussée au delà. On a fait le nécessaire, on doit éviter le superflu.

« Si, malgré l'introduction du tube laryngien, les phénomènes de sténose ne cessent pas ou se reproduisent, il n'y a pas à hésiter, la trachéotomie peut seule rétablir l'accès de l'air dans les voies respiratoires inférieures.

« Après la trachéotomie, le tubage peut accessoirement rendre service, en facilitant l'enlèvement de la canule ou comme moyen de dilatation.

L'intubation est contre-indiquée, par la raison même qu'elle est matériellement impossible, lorsqu'il y a œdème du larynx ou lorsque le pharynx est obstrué par des fausses membranes.

« Elle ne participe pas aux contre-indications que l'état général, les complications ou les maladies primitives peuvent parfois créer pour la trachéotomie, quoique, aujourd'hui, on reconnaisse moins d'obstacles à l'opération que jadis. »

Comme règle pratique, on peut admettre qu'*à moins d'impossibilité de compter sur une surveillance attentive*, qu'*à moins d'éloignement extrême de tout secours médical*, on devra commencer par *tenter l'intubation*, prêt à *intervenir par la trachéotomie, soit immédiatement, soit ultérieurement, si la première intervention est ou devient insuffisante*.

Nous nous proposons dans cet article de résumer très succinctement et le plus clairement possible, la technique de ces méthodes, telle qu'elle est adoptée aujourd'hui.

I

L'INTUBATION DU LARYNX.

Comme le fait remarquer dans l'article 15902 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, M. P. *Lucas-Championnière*, l'intubation ne peut pas passer pour plus facile à pratiquer que la trachéotomie ; son avantage est de ne pas être sanglante et par suite plus facilement acceptée dans certains milieux.

D'après le traité de thérapeutique infantile du Dr Le Gendre, il faut avoir à sa disposition les instruments suivants, pour pratiquer l'intubation : *un ouvre-bouche* en forme de pince dilatatrice à deux branches ; *un manche ou applicateur*, auquel on adapte le tube laryngien pour l'introduire ; *une pince ou forceps extracteur*, pour le retirer ; enfin, *cinq tubes laryngiens* d'O'Dwyer de dimensions graduées selon les âges.

La longueur du tube est calculée de manière à occuper toute la hauteur du larynx, en affleurant en haut la face inférieure de l'épiglotte, et en arrivant au bas jusqu'à une petite distance de la bifurcation de la trachée. Le tube est aplati latéralement, renflé au milieu de sa longueur et évasé à sa partie supérieure.

A chaque tube correspond un *mandrin obturateur* qui doit être vissé à l'applicateur.

On choisit parmi les tubes celui qui paraît le mieux approprié à l'âge et à la taille de l'enfant. Un petit cordon de soie de cinquante centimètres de long (*fil de sûreté*) est fixé dans un œillet du tube ; l'obturateur vissé à l'applicateur est introduit dans le tube et le tout est placé à portée de la main droite de l'opérateur.

Une personne, assise sur une chaise, à dossier droit, tient sur ses genoux et contre sa poitrine, l'enfant immobilisé, les coudes au corps, dans une couverture.

Une deuxième personne, debout derrière la chaise, maintient solidement la tête de l'enfant entre ses mains placées sur les tempes.

Une troisième, placée à la gauche de l'enfant, maintient l'ouvre-bouche quand l'opérateur l'a mis en place et reçoit de lui, en temps utile, les chefs du fil de sûreté.

L'ouvre-bouche est en place : l'opérateur, debout devant le patient, prend de la main droite l'applicateur armé du tube,

Il porte au fond de la gorge l'index gauche, dont l'extrémité, après avoir relevé l'épiglotte, détermine la place de l'orifice glottique.

« C'est sur la face palmaire de ce doigt que l'opérateur glisse alors l'extrémité inférieure du tube pour la faire pénétrer dans le larynx et la trachée.

« A ce moment il fait mouvoir le ressort qui dégage l'obturateur et il retire rapidement celui-ci.

« Son index s'assure que le tube est bien en place. D'ailleurs, ce qui le prouve, c'est que la respiration est aussitôt plus facile, la toux sonore, explosive et métallique, dit Jacques (de Marseille), à qui sont empruntés ces détails de technique.

« On peut alors retirer le fil de sûreté en laissant glisser l'un de ses chefs pendant que l'index est maintenu sur la tête du tube pour l'empêcher de ressortir. Certains opérateurs ont préféré laisser quelque temps le fil en place en fixant les chefs sur la joue avec du collodion.

« Quand on veut retirer le tube, en moyenne cinq à dix jours plus tard, on place l'enfant dans la même attitude que pour l'application. Quand l'ouvre-bouche est en position, l'index gauche va sentir la tête du tube et sert à guider sur la

pulpe, l'extrémité fermée de la pince d'extraction tenue de la main droite. Quand celle-ci a pénétré dans l'orifice du tube, on presse sur le levier qui fait diverger les valves de cette extrémité, puis on ramène à soi tout l'appareil, pendant que l'index, maintenu en contact avec le tube, prévient l'échappement de celui-ci au cas où la pince lâcherait prise. Il faut avoir bien soin de guider les instruments d'introduction et d'extraction, en suivant l'axe de la bouche et en restant sur la ligne médiane, au lieu de les incliner vers la droite, comme on tend involontairement à le faire. »

D'après M. *Bonain*, de Brest, l'intubation a l'immense avantage de pouvoir être pratiquée à tout âge, sans danger, avec une grande rapidité, quand on a acquis l'habitude ; quand elle a suffi pour permettre l'accès de l'air dans les bronches, sans plaie opératoire, elle amène un rétablissement plus abrégé du malade que la trachéotomie.

Le point important est d'agir avec beaucoup de douceur, tout en opérant très vite. M. *Rabot*, de Lyon, insiste sur quelques petits détails de technique qu'il est indispensable de bien connaître précisément pour éviter de faire des efforts intempestifs pour enfoncer, quand même, le tube dans une fausse route.

« Le placement de l'ouvre-bouche n'est pas toujours facile. Une fois en place, le spectacle est horrible, l'enfant semble en imminence de crises convulsives. L'opérateur s'agenouille alors devant lui. Il est possible de faire le tubage le malade couché. Il est alors nécessaire que le lit ne soit pas trop haut et que le menton se trouve un peu relevé. Le médecin enfonce son index gauche dans la bouche et va à la recherche du larynx. Il doit s'assurer de la position de l'épiglotte et bien se rappeler que dans le mouvement qu'il vient d'exécuter, souvent l'épiglotte est refoulée et abaissée sur le larynx. Dans ce cas il porte alors son index derrière le larynx et cherche à relever l'épiglotte en ramenant son extrémité digitale vers la langue. Temps parfois difficile.

« L'opérateur ne doit pas se contenter de renverser l'épiglotte sur la langue. Son doigt se placera dans l'ouverture sus-glottique de façon qu'il sente en avant l'épiglotte et en arrière les cartilages aryténoïdes. De cette façon il les immobilise. On ne doit jamais perdre de vue, et M. Rabot insiste sur ce fait, que dans certains cas, alors que le tube est porté dans le larynx sans que les cartilages aryténoïdes aient été immobilisés, ces derniers se portent d'eux-mêmes sous le tube en s'abaissant, et au moment où l'opérateur déclanche, le tube tombe dans le pharynx. Il ne reste plus alors qu'à recommencer. Si, au contraire, l'épiglotte est renversée en avant, les cartilages aryténoïdes immobilisés en arrière, rien n'est plus facile que de faire pénétrer le tube. Pour ce, l'opérateur tenant le manche du porte-tube dans sa main droite parallèlement à l'axe du corps fait pénétrer le tube dans la bouche jusqu'à ce qu'il rencontre l'index gauche qu'il doit suivre complètement. Arrivé sur le larynx, l'opérateur s'arrête et relève le manche du tube qu'il tient alors horizontalement. D'ordinaire ce tube pénètre de lui-même dans le larynx, l'opérateur déclanche, et avec l'index gauche appuie sur la tête du tube ainsi fixé. Un sifflement métallique annonce que le tube est en place. L'opération est terminée. L'opérateur s'assure alors que l'enfant respire bien. S'il y a de la cyanose, on la voit graduellement et rapidement disparaître, la toux prend un timbre métallique.

« L'opération terminée, parfois la respiration se fait mal (des membranes ont été déplacées ?) le tube est ramené en tirant sur le fil, des membranes sont parfois expulsées. Si la dyspnée revient ou persiste, on recommence l'opération.

« Le plus souvent, tout est terminé, l'enfant respire bien, l'ouvre-bouche est enlevé, l'enfant, reporté dans son lit, s'endort. Quelquefois, il survient une toux pénible, quinteuse, durant environ une heure ou deux. Quelques gouttes de chloroforme en inhalations rétablissent le calme.

« Quant à l'extraction du tube, elle peut présenter quelques difficultés, si pour un motif quelconque on n'a pas jugé à propos de laisser un fil fixé au tube laryngien. La lumière de la couronne du tube est très étroite ; il faut donc, quand on a enfoncé son doigt par le pharynx et appliqué l'extrémité de la pulpe digitale sur le tube, enfoncer la pointe de l'extracteur le long de la pulpe digitale, un peu à gauche. Mais pour qu'il pénètre sans violence, il est important de relever vivement le manche de l'instrument, de façon à ce qu'il soit horizontal absolument comme dans l'intubation.

« Alors seulement, on appuie sur le ressort pour faire écarter les deux branches de la pointe. La cause trop fréquente de l'échec est que le manche n'est pas assez relevé. La pointe ne pénètre pas assez dans le tube et l'instrument dérape. Si au contraire, le manche est bien horizontal, la pointe de l'extracteur s'enfonce profondément dans ce tube tenu alors solidement par les branches qui s'écartent. L'instrument est alors ramené en dehors de la bouche, en tenant un doigt appuyé sur le ressort. Le degré d'écartement plus ou moins grand de ce dernier indique que le tube est saisi. »

Telle est l'intubation au point de vue du manuel opératoire.

Il faut bien l'appliquer pour pouvoir la juger ; sinon, on se décourage vite à cause même de la lutte qu'elle nécessite avec certains enfants.

Le grand état de nervosisme de certains enfants est une véritable contre-indication à l'intubation. Chaque fois qu'il essaye de boire, il se met à tousser et est pris alors de véritables accès de rage. Il en arrive à refuser complètement de s'alimenter. La sortie du tube devient une véritable opération qui bien souvent nécessitera l'emploi du chloroforme : ce que ne réclame pas en général l'intubation.

A part ce cas particulier, que d'avantages ! Pas de plaie, diminution des chances d'infection bronchique par l'air direct, presque pas de soins locaux, facilité de continuer les badigeonnages et le traitement de la gorge, (si la diphthérie persiste), guérison immédiate dès que le tube peut être supprimé. Quant à la diphthérie elle-même, il est bien certain que le tubage ne peut être supérieur à la trachéotomie ; dans ces deux opérations, le succès dépend uniquement de la diphthérie, si elles ont été bien conduites.

L'intubation n'apporte un remède qu'à la sténose laryngo-trachéale ; elle favorise peu l'évacuation des fausses membranes épaisses ; elle ne peut rien au delà du larynx et des premiers

anneaux trachéaux ; elle est impuissante, malgré l'allongement des tubes, contre l'obstruction trachéale basse et partant bronchique, sur laquelle seule a prise la trachéotomie, par la voie qu'elle ouvre à l'expulsion des fausses membranes bas placées.

L'intubation ne peut remplacer complètement la trachéotomie, elle permet seulement de l'éviter dans une proportion relativement très grande et d'agir de bonne heure.

M. Rabot achèverait de nous convaincre, si nous avions encore quelqu'hésitation, par l'exemple suivant qu'il nous propose :

« Vous êtes appelé au milieu de la nuit pour un enfant qui suffoque : tout vous porte à croire qu'il ne s'agit que d'une laryngite striduleuse ; cependant il vous reste des doutes : il existe des diphtériques dans le quartier, à l'école où va l'enfant, dans la maison du malade. Parlerez-vous de trachéotomie, quoiqu'y songeant ? J'en doute fort, vous redouterez vous-même une opération réputée comme grave et dangereuse. Vous en tirerez-vous par une potion ? Cela serait difficile, l'asphyxie semble menaçante ; de votre côté, vous voudriez bien partir, que faire ? C'est bien simple. Placer un tube d'O'Dwyer bravement, vivement, coller le fil sur la joue. Tout le monde dormira tranquille ; le lendemain à neuf heures vous tirerez sur le fil et vous aurez eu du temps devant vous pour réfléchir, pour savoir la conduite que vous aurez à tenir. »

« C'est alors, direz-vous, une opération d'attente : de choix si vous voulez. Je suis disposé à l'admettre, mais bien souvent elle sera définitive, même dans le croup. Qui n'a vu ces laryngites graves précédant la rougeole ; on ne sait quel diagnostic porter, et pourtant l'enfant est asphyxié. Faites comme moi et vous ne le regretterez pas. »

Un dernier détail, qui a son importance pour ceux qui se décideront à appliquer le tubage. Le porte-tube doit être nettoyé souvent, sinon il se rouille et ne peut plus fonctionner. Pour obvier à cet inconvénient, il suffit d'enlever la petite vis située à la partie inférieure du manche, puis tirer sur le tube, en faire sortir la tige qui porte l'obturateur, bien la frotter avec du papier verré très fin ; passer dans le tube un rouleau de papier buvard ; tremper la tige dans du pétrole et remonter l'instrument. Pour l'extracteur, il faut exiger désormais que la vis qui retient les différents organes de l'appareil ne soit pas rivée, de façon à pouvoir être enlevée. Le tube et l'obturateur sont stérilisés dans de l'huile bouillante pendant une heure.

C'est à dessein que nous n'avons pas insisté sur les inconvénients du tubage, ils sont insignifiants. Le pis qui puisse arriver, c'est une certaine gêne dans la déglutition. Le reste est sans importance ; même si le tube tombe dans l'œsophage et est avalé, il est facilement rendu dans les selles.

II

LA TRACHÉOTOMIE ANTISEPTIQUE.

Nous avons dit en commençant que malgré les précautions modernes, dont on entoure la trachéotomie, les résultats de l'opération n'ont guère changé. Cela signifie-t-il qu'il est inutile de prendre ces précautions ? Certes, nous ne le pensons pas, et nous considérons qu'aujourd'hui, de quelqu' opération qu'il s'agisse, le médecin n'a plus le droit de prendre le bistouri sans appliquer la méthode antiseptique. On ne peut être antiseptique dans tel cas, et non antiseptique dans tel autre.

Il importe que l'intervention, quelle qu'elle soit, n'agisse qu'en tant qu'intervention et n'apporte dans l'organisme opéré aucun germe pathogène.

La trachéotomie, étant une opération sanglante, doit être antiseptique ; peu importe que la canule pénètre dans une trachée encombrée de colonies microbiennes ; le chirurgien n'a pas le droit de risquer par son manque d'antisepsie d'inoculer un nouveau microbe, peut-être plus virulent. Pour être antiseptique, la trachéotomie ne sera pas plus longue d'une demi-minute ; ce ne peut donc être un argument valable que de dire que l'on n'a pas le temps. Toute trachéotomie faite sans prendre le temps nécessaire, pour ainsi dire, follement, aboutit trop souvent à un désastre, c'est-à-dire à la mort sur la table.

Voici en quelques mots la technique moderne : les instruments, un bistouri droit, un bistouri boutonné, un dilatateur à deux branches et une canule n° 0 munie de deux cordons et enchâssée dans un petit carré de gaze au salol par exemple, sont placés dans une cuvette contenant de l'eau phéniquée ou solvéolée faible, après avoir été convenablement bouillis et stérilisés, ou simplement flambés à l'alcool. L'opérateur a les manches retroussées et les mains savonnées, brossées et bien imbibées d'eau phéniquée ou solvéolée. Le malade déshabillé complètement et enveloppé dans un drap chaud est placé en face d'une fenêtre sur une table plate recouverte d'une toile cirée. Sous le cou, on glisse un litre de verre enroulé dans une serviette, en guise de billot. Les jambes et les bras sont solidement maintenus dans le drap par une personne vigoureuse ; la tête est confiée à une autre personne, qui place ses mains sous le bord inférieur du maxillaire inférieur de manière à maintenir la bouche fermée et la peau du cou tendue. Un coup de brosse avec de l'eau phéniquée savonneuse est passé sur le cou, dans la région opératoire. On essuie avec un linge chaud humide d'eau phéniquée, on verse quelques gouttes d'éther pour achever de dégraisser, et l'opération commence ; l'enfant ne doit pas pouvoir faire un mouvement. S'il est trop agité et pas très asphyxié, on lui fait respirer quelques gouttes *de chloroforme*.

L'opérateur saisit le cartilage thyroïde entre le pouce et le médius de la main gauche ; l'index dirigé en bas marque le bord inférieur du cartilage cricoïde, puis la *main gauche ne devant plus changer de place jusqu'à la fin de l'opération*, l'opérateur prend de la main droite le bistouri droit tout humide d'eau phéniquée, et commence l'incision *bien verticale*, bien médiane, immédiatement au-dessous du bord inférieur du cricoïde. La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose cervicale sont incisés autant que possible d'un seul coup sur une longueur de 3 centimètres ; les incisions couche par couche ne valent rien, et font perdre la direction première, en même temps qu'elles permettent au sang de venir s'épandre sur la plaie. Si on en a le temps, il vaut mieux faire éponger la plaie avant de continuer ;

l'éponge sera un tampon d'ouate hydrophile phéniquée. Reprenant alors avec le même bistouri le sommet de l'incision, on enfonce la pointe profondément, mais avec douceur, de façon à ne pas pourfendre tout ; la pointe pique la trachée et un sifflement se fait entendre. Le grand écueil que les commençants n'évitent jamais, c'est de retirer le bistouri à ce moment ; bien au contraire, une fois la ponction faite, il faut cesser d'enfoncer en profondeur, mais le bistouri doit mordre dans les anneaux trachéaux et les sectionner sans désemparer jusqu'à l'angle inférieur de l'incision, sans se soucier de l'air, du sang, et du bouillonnement de la plaie. Une incision de 2 cm. et demi environ est suffisante ; l'important est de la faire bien médiane et de ne pas dévier à droite. Si, par malheur, l'ouverture de la trachée paraît insuffisante, parce qu'on a retiré trop tôt le bistouri droit, il faut abandonner ce bistouri et se saisir du bistouri boutonné, pour agrandir l'incision en bas.

Cela fait, l'opérateur se munit aussitôt de la canule et l'introduit en travers, de telle façon que la partie la plus étroite du biseau soit parallèle aux lèvres de la plaie. Il n'a plus qu'à enfoncer en même temps qu'il fait faire demi-tour à la canule pour la mettre droite dans la bonne direction. Il fixe alors les deux chefs des cordons derrière la nuque, en même temps que la personne chargée de tenir la tête relève le buste et la tête du malade en avant.

On éponge le cou, on le nettoie à l'eau phéniquée, la gaze salolée de la canule est renforcée de tamponnets de gaze propre ; une cravate plate formée de quatre épaisseurs de tarlatane ordinaire est enroulée une fois autour du cou devant l'orifice de la canule et le malade est reporté dans son lit bien bassiné. Comme on le voit, dans la majorité des cas, pour un opérateur habitué, un bistouri droit et une canule nº 0, suffisent pour mener à bien l'opération. Le bistouri boutonné est un instrument de précaution, il en est de même du dilatateur, qui n'a d'utilité que quand on éprouve quelque difficulté à introduire la canule en travers. Dans des cas nombreux, une fausse membrane obstrue la canule et la respiration se fait mal. Un mince fil de laiton phéniqué introduit dans la canule suffit à chatouiller suffisamment la trachée pour provoquer l'expectoration. Surtout ne vous servez jamais de cette infecte plume de pigeon ou de coq, comme on le faisait jadis, ce serait d'une pratique déplorablement septique.

Nous n'avons mentionné que la canule 0 ; elle nous paraît amplement suffisante pour tous les cas et tous les âges. Les grosses canules sont plus nuisibles qu'utiles. Quand il s'agit d'arrêter le sang qui coule un peu trop abondamment, un morceau de gaze salolée imbibé d'une solution concentrée *d'antipyrine* ou d'Eau de Tisserand suffit généralement. L'amadou est encore un de ces produits criblés de microbes qu'on ne doit plus employer.

Un dernier point fort important :

Quand le malade est à la dernière période de l'asphyxie et ne respire plus, même après l'introduction de la canule, il ne faut point s'attarder aux titillations intra-trachéales, ni à l'électrisation du diaphragme, ni au ballon d'oxygène. L'une des personnes présentes fait la respiration artificielle par des pressions rhythmées sur la base du thorax ou en élevant et abaissant alternativement les bras du sujet, tandis que l'opérateur saisit la langue avec une bonne pince et commence à appliquer le *procédé de Laborde*, tirant sur la langue, puis la rentrant dans la bouche alternativement, pendant dix, quinze, trente minutes même, environ 20 à 30 fois par minute. Il ne faut pas perdre patience et essayer d'autres procédés, c'est le plus sûr : par conséquent, le malade devra ressusciter par celui-là seul. Si on ne réussit pas, on pourra l'abandonner avec la conscience tranquille. Nous sommes persuadés qu'*avec l'application de ce procédé, on ne laissera jamais plus d'enfants morts sur la table*, à condition toutefois que la canule soit bien dans la trachée.

Les soins consécutifs de la trachéotomie doivent être strictement antiseptiques.

La canule interne enlevée 4 fois par jour, écouvillonnée, rincée à l'eau phéniquée faible, et la gaze péricanulaire renouvelée plusieurs fois, après un nettoyage superficiel et bien antiseptique des bords de la plaie.

Le 3e jour, la canule est retirée, entièrement nettoyée et remise immédiatement. Quant au décanulement définitif, c'est une affaire de tâtonnement à partir du 5e jour environ. Avec ces précautions minutieusement appliquées, on pourra définitivement rayer des complications de la trachéotomie, l'érysipèle, les phlegmons, la gangrène, l'emphysème de la plaie, peut-être même beaucoup de bronchopneumonies.

Il est certain que la diphthérie toxique et la diphthérie bronchique ne seront pas influencées par ces précautions ; mais dans le doute où l'on est souvent de l'étendue et de la gravité de la diphthérie, on doit appliquer à tous les cas la trachéotomie antiseptique. Agir autrement, ce n'est pas seulement une négligence, c'est presqu'un homicide volontaire.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Sur les manifestations de la syphilis héréditaire tardive,

Par M. le professeur Fournier.

Les manifestations de la syhilis héréditaire tardive, c'est-à-dire celles qui se montrent à une période plus ou moins avancée de la vie, peuvent se produire dans deux conditions différentes : ou bien elles ont été précédées d'accidents syphilitiques dans l'enfance, qui leur ont servi en quelque sorte de prélude, ou bien elles se montrent d'emblée sans qu'il y ait eu, au préalable, aucun phénomène de même nature.

Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes et on voit souvent alors ces accidents variés se montrer depuis la première enfance jusqu'à une époque assez avancée de la vie, tous, séparés par des intervalles de santé plus ou moins longs, qui leur servent en quelque sorte d'entr'acte.

Mais il y a des syphilis héréditaires, qui font explosion à un âge avancé sans que rien ait pu faire prévoir cette invasion. Ces faits ont été longtemps tenus en suspicion. Cependant la question a été très étudiée dans ces dernières années et les faits observés ne laissent aucun doute sur leur nature. Les faits les plus pro-

bants ont été constatés dans les familles où les parents étant syphilitiques, les enfants qu'on s'attendait à voir naître tels, sont venus au monde dans l'état normal et ont été suivis ensuite très attentivement jusqu'à l'âge où ces premières manifestations se sont montrées.

Cette invasion de la syphilis héréditaire tardive peut se faire à une époque très variable. Sur 282 cas de ce genre réunis par M. Fournier, 251 fois la syphilis s'est montré entre 3 et 28 ans, et 31 fois seulement au delà de cet âge. Ces chiffres montrent donc la préference de la syphilis pour le jeune âge, et c'est autour du chiffre de 12 ans qu'on trouve le plus grand nombre de cas. Au delà de 28 ans, elle devient rare et cela de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne de la naissance. On a vu des cas à 40, 47 ans et même à 50, 57 et 65 ans. Ces derniers chiffres, il est vrai, sont discutables, car il faut des circonstances bien exceptionnelles pour qu'on puisse affirmer que dans un si long espace de temps, il n'y a pas eu une syphilis intercurrente. Mais on ne doit pas les considérer comme extraordinaires, car on ne s'expliquerait pas pourquoi la syphilis héréditaire ne se comporterait pas comme la syphilis acquise, et pour cette dernière, les manifestations tardives, arrivant à l'âge extrême de la vie, ne sont pas une rareté.

Au point de vue de la nature des manifestations de la syphilis héréditaire tardive, on arrive, par l'analyse des faits, à diverses constatations intéressantes. Tout d'abord, la plupart d'entre elles sont les mêmes que celles de la syphilis acquise : ce sont des lésions cutanées, muqueuses, osseuses, des gommes, etc. De plus, on rencontre aussi dans cette forme de syphilis ce qu'on a appelé des affections para-syphilitiques, c'est-à-dire qui dépendent indirectement de la syphilis comme le tabes et la paralysie générale.

Depuis que M. Fournier a montré la fréquence du tabes comme conséquence de la syphilis, de nombreux faits ont été apportés à l'appui de cette manière de voir. Un auteur allemand a récemment cité 18 cas de tabes chez les enfants, dont 10 appartenaient à des enfants atteints de syphilis héréditaire.

Mais il en est de même pour la paralysie générale. L'observation montre que dans nombre de cas elle dérive de la syphilis héréditaire, et, M. Régis a fait la lumière sur ce point en étudiant la paralysie générale juvénile. Un grand nombre de ces faits ont été observés sur des enfants ou des adolescents atteints de syphilis héréditaire, et sur 14 cas il en a trouvé 6 dérivant certainement et deux probablement de l'hérédité syphilitique. La proportion est donc considérable et il n'est pas douteux que la paralysie générale ne dérive souvent de l'hérédo-syphilis.

Il est un autre point important à signaler dans l'histoire de l'hérédo-syphilis : c'est qu'à côté d'accidents analogues à ceux de la syphilis acquise, elle en détermine un certain nombre qu'on ne trouve pas dans cette dernière. Tels sont les déformations osseuses de certains organes comme le crâne natiforme, le tibia en lame de sabre, les lésions dentaires d'Hutchinson et le rachitisme, qu'on peut considérer comme une affection para-syphilitique.

D'un autre côté, les accidents ne se montrent pas avec une égale fréquence dans les deux ordres de syphilis. Ainsi, dans un tableau portant sur 400 cas environ de syphilis héréditaire, M. Fournier fait voir que ce sont les affections oculaires qui tiennent la tête comme fréquence, puis les lésions osseuses. Or, dans la syphilis acquise, c'est la peau, puis le système nerveux qui occupent ces deux premiers rangs ; les affections osseuses sont au quatrième rang et les affections oculaires au dixième seulement.

— Les difficultés du diagnostic de la syphilis héréditaire sont souvent plus considérables encore que celles qu'on rencontre dans la syphilis acquise : pour arriver à les surmonter on dispose de deux moyens précieux : ce sont l'enquête sur la famille et les stigmates sur l'individu.

L'enquête sur la famille peut donner des résultats très importants, quoique bien des circonstances puissent la faire rester stérile, mais un point sur lequel insiste surtout M. Fournier est l'utilité de rechercher, dans cette investigation, ce qui est survenu pour les enfants du même lit que celui d'où est issu le malade que l'on examine. Le plus souvent, en cas de syphilis, on observe une polymortalité des plus remarquables, soit que les grossesses se soient terminées par un avortement, ou par la naissance d'un enfant mort-né ou mort en bas-âge. On trouve alors des séries d'avortements d'une grande importance au point de vue du diagnostic et l'influence néfaste de la syphilis est bien démontrée par des cas comme le suivant : une femme bien portante accouche successivement de trois enfants qui vivent encore dans un état de santé normal ; à ce moment son mari contracte la syphilis et la lui communique. Or, à partir de cette époque, cette femme a sept fausses couches successives. On peut rapprocher de ce fait un cas très curieux cité par M. Ribemont. Dans ce cas il y eut 19 grossesses dont 5 terminées par des avortements : dans les 14 autres cas la mort survint entre un et six mois.

Il y a donc dans cette polymortalité un fait de présomption, qui a une valeur considérable et qu'on doit étudier au même titre que les stigmates syphilitiques qui constituent le second signe important de la syphilis héréditaire.

(*Jour. de méd. et de chir. prat.*, mars 1894.)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité des patrons.

Jugement contradictoire de celui du tribunal de Vassy, publié dans le numéro du 17 mars, et d'où il résulte *que le médecin doit s'informer, préalablement, si le patron accepte la responsabilité de l'accident*.

Suivant jugement, par défaut, rendu entre les parties, par le Juge de paix de Flize, le 4 avril 1889, enregistré, C... avait été condamné à payer, au Dr P... la somme de 150 francs, pour, disait le jugement, une opération chirurgicale que ce dernier pratiqua, avec l'aide d'un autre docteur, sur un ouvrier blessé grièvement dans l'usine de C..., qui avait fait appeler, pendant la

nuit, par son fils, le Dr P... pour donner ses soins, au dit ouvrier.

C... fit appel du jugement, prétendant que ce n'était pas lui qui avait fait mander le Dr P..., que c'était le Dr D..., médecin de la Compagnie *la Préservatrice*, à laquelle, lui C..., était assuré. Il ne devait donc rien au Dr P... et celui-ci pouvait réclamer à l'ouvrier, qui avait reçu, de la Compagnie d'assurances, une forte indemnité.

Le Tribunal,

Attendu que l'appel interjeté par C... du jugement ci-dessus, est régulier en la forme,

Le reçoit et statuant au fond,

Attendu que le Dr P... fonde sa demande sur un moyen unique, consistant à prétendre que C..., l'ayant appelé à assister un autre docteur, pour pratiquer une opération chirurgicale, sur la personne d'un de ses ouvriers, s'est par cela même virtuellement obligé à lui payer les honoraires qu'il lui réclame aujourd'hui.

Attendu, en thèse générale, que le fait, par un tiers, d'appeler ou d'aller chercher un médecin, pour qu'il donne ses soins à un malade, qu'on lui désigne par son nom ou sa qualité, ne saurait, à lui seul, créer un lien de droit entre l'intermédiaire et le médecin ; que c'est au malade, qui a reçu le service, à en payer la rémunération au médecin, qui le lui a rendu ;

Attendu qu'en ce cas spécial on comprend que C..., averti par le Dr D... de la nécessité d'appeler d'urgence un second médecin et inquiet du danger qu'un retard pouvait faire courir à son ouvrier, ait, par un sentiment d'humanité, et comme devait le faire un bon patron, dépêché son fils à Charleville, mais que rien n'indique que, par cette démarche, il ait entendu prendre à sa charge les frais de déplacement et d'opération, dûs au Dr P...

Que le contraire résulte même de cette circonstance que l'ouvrier étant assuré à la Compagnie *la Préservatrice* contre les accidents, qui avait pour médecin le Dr D..., C... a dû penser que P... recevrait directement de la Compagnie, comme son confrère l'a reçu, le paiement des soins donnés en commun à l'assuré.

Que P... ne peut que s'imputer à lui-même le tort de ne pas s'être entendu, préalablement, avec C... sur la question des honoraires, s'il voulait s'en rendre garant, et en tout cas d'avoir retardé, pendant plus de deux ans, le règlement de son mémoire, qui lui eût été soldé s'il l'eût remis en même temps que son confrère D..., ou s'il eût pris, vis-à-vis de la Compagnie d'assurances, les mesures conservatoires en pareil cas.

Attendu, d'après ce qui précède, que l'enquête sollicitée par P... devient sans objet, les faits articulés étant dès à présent considérés comme établis.

Par ces motifs,

Jugeant en matière sommaire et en dernier ressort,

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé du jugement du 4 avril 1889, met le dit jugement à néant et décharge C... des condamnations prononcées contre lui.

En conséquence, déclare P... mal fondé en sa demande contre C..., l'en déboute et le condamne aux dépens de première instance et d'appel.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical en création à Bordeaux.

Nous sommes heureux de pouvoir publier, aujourd'hui, le discours prononcé par le Dr Chabrely, à la réunion des médecins bordelais, dont nous avons parlé dans un précédent numéro :

« Messieurs,

» Vous connaissez tous le but de cette réunion. Plusieurs de nos confrères ont cru qu'il serait utile de créer une Assemblée syndicale des Médecins de Bordeaux.

» Avant de prendre corps, grâce au zèle et à l'initiative intelligente de notre honoré confrère, M. Dupeux, cette idée existait déjà en germe dans l'esprit de bien des médecins bordelais, et des meilleurs. Elle était la résultante d'un malaise mal défini, d'une situation anormale, dont tout le monde se plaignait, à sa façon, mais qu'on se lassait de voir traiter par l'expectation, d'une manière permanente. Aussi, la proposition de notre confrère a trouvé, tout de suite, des adhérents.

» Déjà une réunion précédente, peu nombreuse il est vrai, mais simplement préparatoire, avait décidé, après avoir accepté la chose en principe, la nomination d'un bureau provisoire ; sorte de Commission chargée d'élaborer, d'urgence, un projet de règlement, qu'on pourrait présenter à une très prochaine Assemblée générale. M. le Secrétaire Dumur va, tout à l'heure, vous en donner lecture. Permettez-moi seulement, avant d'entrer en matière, de vous dire quelques mots des Syndicats.

» Vous savez tous qu'ils ne datent pas d'hier ; ils ont passé la période d'enfance et sont entrés en pleine virilité. On les retrouve, à l'heure qu'il est, sur tous les points du territoire et il est indiscutable qu'ils ont rendu de grands services aux intérêts professionnels. Ils ont eu pour résultat de rapprocher les membres disjoints de la grande famille médiale, de leur fournir l'occasion de se voir plus souvent, de se connaître mieux et de s'apprécier davantage. Ils ont dissipé bien des malentendus et fait cesser des querelles irritantes, entretenues par les racontars venimeux de la clientèle, au grand détriment de la considération du médecin.

» Ils ont permis aux confrères syndiqués de se défendre, parfois avec succès, contre les exigences inacceptables des groupes mutualistes ou même de l'Administration ; de poursuivre, devant la justice, et de faire punir sévèrement cette lèpre protéiforme, plus nuisible encore à la société qu'aux médecins, je veux parler de l'exercice illégal.

» Et cependant, jusqu'à ces derniers temps, il n'avaient qu'une existence précaire ; la loi les tolérait, mais les ignorait : maintenant, elle les reconnaît et leur a accordé la personnalité civile. A nous de retirer, de la législation, tous les bénéfices qu'elle contient implicitement ; à nous d'y trouver les armes nécessaires contre les indignes du dedans et les parasites du dehors.

» Au début, les campagnes ou les petites villes étaient seules ou à peu près, dotées de Syndicats médicaux, mais le courant a grossi, le mouvement a continué et progressé ; les grandes villes ont suivi l'exemple : Paris a son Syndicat, Bordeaux va avoir le sien.

« Beaucoup d'entre vous, Messieurs, seront inquiets de savoir s'il n'y a pas, là, quelque chose qui ressemble à une action hostile à l'Association générale ou tout au moins une rivalité. Il n'en est rien, Messieurs, tout en revendiquant notre indépendance, nous vivons en parfaite communion d'idées avec l'Association, dont tous, d'ailleurs ou presque tous, nous sommes fiers de faire partie. Nous sommes un rameau de cet arbre vigoureux, que nous avons largement contribué à faire prospérer par notre zèle et nos cotisations. Il ne peut y avoir

entre elle et nous aucune connexion officielle, ses règlements s'y opposent, mais nous sommes assurés de sa haute bienveillance ; c'est à elle, d'ailleurs, que nous vous proposerons de recourir en dernier ressort, comme à un tribunal d'honneur, pour juger définitivement les litiges professionnels. Nous nous plaçons à un point de vue différent : l'Association vient au secours des misères professionnelles, le Syndicat veut tenter l'abolition de la misère par la lutte à outrance contre tout ce qui peut nous nuire et par la juste rémunération de notre travail ; en agissant de la sorte, nous l'aidons dans son œuvre de bienfaisance et lui permettons d'ouvrir sa caisse plus largement à ceux que le malheur a frappés.

» Venez donc à nous, mes chers Confrères, sans appréhensions et sans réticences, venez en cohortes serrées. Nous étions déjà le *droit*, soyons aujourd'hui le nombre et nous deviendrons demain la force, avec laquelle il faudra bien compter. »

REPORTAGE MÉDICAL

Le nouveau ministère contient deux médecins : M. *Viger*, qui est heureusement maintenu dans ses fonctions, et auquel nous adressons nos félicitations, et M. Lourties, sénateur, président de la Ligue de la Mutualité.

M. le sénateur *Combes* demandait, au Sénat, que désormais, le Baccalauréat moderne fût suffisant pour l'admission aux études médicales.

Nous avons toujours combattu cette tendance à abaisser le niveau intellectuel de notre profession.

M. *Spuller* a combattu la demande de M. Combes et nous sommes heureux de reproduire le passage de son discours, applaudi par les sénateurs, qui a amené le rejet de la proposition :

« Il est manifeste que si vous supprimez pour le médecin les études générales, les études désintéressées, si vous empêchez le médecin de prendre rang dans la société parmi les plus civilisés, parmi les plus cultivés, parmi ceux qui jouissent de la considération publique en vertu du développement qu'ils auront donné à leurs diverses facultés, si vous supprimez le prestige qu'il a ainsi, non seulement sur ses clients, mais sur la foule, vous abaissez nécessairement le niveau de la profession.

« Voilà pourquoi, pour mon compte, je m'y refuserai toujours. (*Vive approbation sur un grand nombre de bancs.*)

« Le médecin, par le rôle qu'il joue dans la société, n'est pas seulement appelé à donner des soins purement techniques et professionnels ; il est appelé aussi à voir des malades, à visiter leur famille ; en même temps qu'il apporte des remèdes pour le corps, il doit apporter aussi des consolations, il doit s'adresser autant à l'âme qu'au corps. (*Nouvelle approbation sur les mêmes bancs.*)

« Une culture générale lui est absolument indispensable ; il faut qu'il soit entre les civilisés et les cultivés, peut-être entre les plus civilisés et les plus cultivés de tous.

« On ne sait pas, disait Renan, ce que peut faire le contact d'une personne exquise pour guérir certains malades, on ne sait pas non plus ce que peut faire un médecin doux, éclairé, bien élevé, versé dans les belles-lettres, et sachant trouver à l'occasion le mot qui touche, qui console et qui fait espérer. (*Très bien.*)

—*Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine.* *Programme* : 25 juillet. Arrivée des Congressistes. Réception par M. le maire de Boulogne. — 26 juillet. A 10 heures du matin, séance d'inauguration et questions diverses. A 3 heures de l'après-midi, questions diverses. Le soir 9 heures, fête sur la digue Sainte-Beuve. — 27 juillet. A 9 heures du matin, visite aux hôpitaux. — A 10 heures, discussion de la première question à l'ordre du jour ; *De l'influence du traitement marin dans la tuberculose.* A 3 heures de l'après-midi, questions diverses. Le soir, grand bal au Casino, offert aux Congressistes et à leur famille. — 28 juillet. A 10 heures du matin, discussion de la deuxième question à l'ordre du jour. *Indications et contre-indications du traitement marin.* A midi, visite de l'établissement hydrothérapique. Déjeuner au restaurant du Casino, offert aux Congressistes par la Société médicale de Boulogne. A 3 heures de l'après-midi, questions diverses. Visite à l'Exposition d'hygiène. Le soir, représentation de gala, au théâtre du Casino, offert aux Congressistes et à leur famille. — 29 juillet. Excursions diverses. Promenade en mer. Visite à la station Aquicole, Banquet.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3910. — M. le docteur ANDOLLENT, à Cauterets (Hautes-Pyrénées), membre du Syndicat de la Seine.

N° 3911. — M. le docteur LAHAYE, à Sarzeau (Morbihan), membre de l'Association des médecins du Morbihan.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les Drs BOUISSON de Toulouse, et PRÉAUX de Villers-Cotterets (Aisne), membres du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Deuxième édition revue et augmentée du **Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens,** par le Dr BERLIN (de Nice), avec une préface par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume de 300 pages, avec 72 figures, dont une hors texte. — Paris, Société d'Éditions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, (prix fort 6 francs), envoi franco contre un mandat de 4 fr. 80.

Dans la pénible et fatigante profession médicale, le praticien doit souvent éprouver le désir de se reposer des soucis de la clientèle par des lectures riantes et suggestives. C'est ce à quoi le docteur Garrulus a pensé en faisant éditer par la Société d'Editions scientifiques, un petit livre avec préface, du docteur Monin, le journaliste bien connu, sur les gaîtés de la médecine.

Les bons mots abondent dans ce charmant recueil, la poésie n'est pas non plus oubliée, mais elle affecte un genre léger. Si enfin, ce qu'à Dieu ne plaise, il était besoin à quelque confrère de faire de l'esprit, il n'est certes meilleure préparation que cette désopilante lecture.

Exemples :

Qu'est-ce qu'un accoucheur ?

Un médecin qui trouve son intérêt dans les situations intéressantes.

Qu'est-ce qu'un irrigateur ?

L'antipode du rince-bouche.

Le mariage ?

Un poison dont la dot est l'antidote.

Prix du Garrulus : net 3 fr. pour MM. les membres du Concours.

—

Signalons à la même Société un **Traité des Phobies** du Dr Gélineau. Prix 3 fr. 50.

La Vie et l'Ame de la Matière. Essai de Physiologie Chimique. — Etudes de Dynamochimie, par F. JOLLIVET-CASTELOT, chimiste, Membre de la Société Chimique du Nord de la France et de la Société Astronomique de France. Un volume broché, Prix : **3 fr. 50.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année — N° 23 — 9 Juin 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic de l'acromégalie.

Décrite en 1885 par M. Marie, l'acromégalie est une affection relativement rare en clientèle. On n'en connaît guère qu'une cinquantaine de cas. Le Dr *Ch. Lavielle*, à propos d'un cas qu'il a observé, rappelle que le diagnostic de cette affection n'est pas toujours des plus simples.

La première confusion possible est celle de l'acromégalie avec *l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*, décrite aussi par M. Marie. Les deux états pathologiques diffèrent par leur nature et leurs manifestations.

L'acromégalie se montre, avec un caractère de spontanéité, qui en fait une entité morbide autonome, tandis que l'*ostéo-arthropathie* est précédée d'une affection pulmonaire antécédente.

Chez l'acromégalique, l'extrémité céphalique, le nez, le maxillaire inférieur ont un développement excessif avec hypertrophie, non seulement des os, mais encore des parties molles ; tandis que dans l'ostéo-arthropathie pneumique, les parties dont nous venons de parler sont simplement exagérées, et il n'existe pas, en particulier, de défaut d'adaptation des deux arcades dentaires.

Dans l'ostéo-arthropathie, on n'observe pas l'élargissement et la déformation du sternum comme chez tous les acromégaliques.

Chez ceux-ci, la modification de courbure intéresse toujours la région cervico-dorsale et la colonne vertébrale, de telle sorte que la tête paraît penchée en avant et enfoncée entre les épaules. Dans l'ostéo-arthropathie, cette déviation n'existe pas, ou bien elle a son siège dans la région dorso-lombaire.

Les déformations des mains et des doigts semblent moins faciles à bien distinguer dans les deux affections, quoi qu'en dise le Dr Marie.

Les doigts des acromégaliques sont gros et cylindriques, tandis que ceux des ostéo-arthropathiques sont renflés en baguette de tambour. L'inspection des empreintes pourrait, au premier abord, induire en erreur ; mais le renflement latéral que présentent les dernières phalanges est dû à l'étalement mécanique des parties molles hypertrophiées. La vue des deux mains montre, au contraire, nettement cette forme de tambour.

Chez les acromégaliques, les ongles sont petits, striés, et n'ont pas une tendance à envahir et à recouvrir les parties molles et à prendre la forme d'un verre de montre ou d'un bec de perroquet. Il y a donc, comme chez notre malade, un léger arrêt de développement de l'ongle qui est flexible et ramolli, comme dans un certain nombre d'observations.

De plus presque tous les acromégaliques, présentent de nombreux grains de *molluscum pendulum* ; c'est un petit fait qui, en raison de sa constance, mérite d'être signalé.

On a l'habitude de faire le diagnostic de l'acromégalie avec la *maladie de Paget*, le *myxœdème*, le *rhumatisme chronique*, les *altérations tuberculeuses et syphilitiques de la main*. En réalité, le seul diagnostic délicat, c'est celui que nous venons de faire, car les autres ne présentent aucune difficulté.

La *maladie de Paget* se caractérise non seulement par l'hypertrophie, mais encore par une incurvation notable des os du squelette. Les fémurs et les tibias se courbent en avant ; par suite, les genoux et les pieds s'écartent les uns des autres et parfois les jambes sont croisées en forme d'X. Les côtes étant soudées, la respiration est presque exclusivement diaphragmatique ; la

taille est diminuée, l'ensemble général simiesque, le crâne est volumineux, mais la face reste normale.

Le *myxœdème* est facile à distinguer de l'acromégalie, car l'analogie des deux affections est tout à fait grossière. La main est bouffie, mais non hypertrophiée dans son squelette ; il en est de même pour le pied. Le ventre est la partie la plus saillante du corps et non le thorax comme chez l'acromégalique. En outre, pas de cyphose ; les traits sont empâtés, mais n'ont rien de l'aspect si particulier des malades qui nous occupent.

Dans le *rhumatisme chronique*, il peut y avoir déformation assez notable des doigts et de quelques jointures, mais la main n'est pas hypertrophiée dans son ensemble. Il y a des poussées douloureuses caractéristiques et, comme reliquat des inflammations précédentes, on trouve des craquements articulaires spéciaux. D'ailleurs, la tête et le thorax ne sont point déformés, et l'attitude des doigts est tout autre.

Nous ne dirons rien des *altérations tuberculeuses* et *syphilitiques* de la main et du pied. Ces lésions ne sont pas diffuses et symétriques et leur aspect diffère complètement de celles de l'acromégalie. Un simple coup d'œil permettra d'éviter toute confusion.

Faut-il couper le frein de la langue ?

Pour la plupart des médecins, croyons-nous, la question est jugée : il ne faut pas céder aux instances des parents, qui, par un pur préjugé, vous demandent de couper le frein de la langue de leur enfant.

Toutefois, en présence des nombreux cas où cette opération est encore appliquée, M. le Dr *Chervin*, directeur de l'Institut des Bègues de Paris, croit nécessaire de reprendre la question et de démontrer péremptoirement la complète inutilité de l'opération.

On ne doit consentir à la section du frein, que lorsqu'il est hors de doute que l'enfant ne peut pas téter parce que le frein est vicieusement implanté, et que sa vie dépend de l'opération.

« J'ai vu, pour ma part, des familles s'alarmer de ce que leur bébé tétait mal et croire que l'enfant avait, — comme ils disaient, — la *langue nouée*, alors qu'il s'agissait simplement d'enfants mal habiles dans la succion. Avec un peu de patience et quelques exercices de succion sur le doigt, de façon à apprendre à l'enfant à placer sa langue, l'émotion de la famille était dissipée et l'opération qu'on croyait inévitable était déclarée inutile par tout le monde. » M. Chervin croit que les ankyloglosses, quelles qu'en soient les variétés, constituent des cas rares et qu'il faut y regarder à deux fois avant de se livrer à une opération, insignifiante en elle-même, mais qui, en raison de l'âge de l'enfant, peut présenter des dangers sérieux.

Mais s'il faut être circonspect pour des ankyloglosses plus ou moins réelles, avec quelle énergie le chirurgien ne doit-il pas refuser l'opération de la section du frein lorsqu'elle est demandée, simplement par habitude locale, à titre de prophylaxie, pour garantir ultérieurement l'enfant contre des troubles de la future parole ?

« J'ai montré, en effet, que ce n'était qu'un préjugé que rien ne justifiait, que les défauts de pronouciation ne tenaient pas à l'existence du frein de la langue comme le croyait Colombat, qu'on était tout juste aussi avancé après l'opération qu'avant.

« Enfin, je sais que quelquefois, aujourd'hui encore, des familles sollicitent de leur médecin cette section du frein, non plus comme mesure préventive, mais comme moyen curatif du bégaiement ou de la blésité pour un enfant ou un adulte. Il faut charitablement les prévenir qu'elles se trompent, que ces opérations sont absolument inutiles et que tous ces défauts de prononciation ne sont justiciables que d'une éducation méthodique, naturelle et rationnelle des organes de la voix, dont la durée ne dépasse pas trois semaines. »

Accidents dus à la méthode sclérogène.

Nous avons toujours enregistré avec plaisir les succès de la méthode sclérogène, il nous faut reconnaître que cette méthode n'est pas

---

FEUILLETON

Protection des enfants du premier âge.

Une circonscription modèle.

(SUITE ET FIN.)

Avec cette façon de procéder, le nombre de mes nourrices au biberon a diminué, c'est vrai, mais elles sont plus choisies et le peu de décès que j'ai à subir, chaque année, se trouve à peu près toujours en dehors des nourrices que j'ai recommandées, c'est-à-dire parmi celles qui ont été chercher un nourrisson dans un bureau, sans mon intervention, et sans certificat de moi, ou parmi celles qui, par suite d'un changement de résidence, arrivent dans ma circonscription titulaires d'un livret étranger.

Le seul décès de l'année 1892 appartient à une femme, ancienne mauvaise nourrice de mon service, qui habitait le Loiret et avait deux nourrissons au biberon. Elle change de résidence et revient à Boulancourt, son ancien pays. Averti de son arrivée, je me rends chez elle et je trouve les deux enfants mal tenus et malades. Le plus âgé, qui est mort quelques jours après, était déjà atteint de diarrhée simple non soignée et qui aurait facilement guéri avec un peu de soins, au lieu de se transformer en diarrhée cholériforme, pour laquelle le médecin fut appelé trop tard. Le deuxième enfant, atteint de persistance du trou de Botal, ne va pas tarder à suivre le premier.

Je n'aurais jamais donné de certificat à cette femme, parce que les nourrissons qu'elle a eus, antérieurement, n'étaient pas bien soignés, et je lui aurais encore moins permis d'en avoir deux.

De ce que ma mortalité est très faible, il ne faudrait pas cependant en conclure que je choisis les enfants, puisque j'ignore, lorsqu'on me les expédie, dans quel état ils se trouvent.

Au contraire, à cause des relations, dont je parlais plus haut, il m'arrive fréquemment d'hériter d'enfants que la mère a voulu essayer de nourrir, ou qui périclitent en nourrice et que l'on envoie chez moi, dans l'espoir de les voir se relever.

Ma statistique prouve que, dans ces cas, je réussis souvent. Je ne choisis donc pas les enfants, mais je choisis les nourrices.

Sur 117 enfants élevés au sein, depuis trois ans, j'ai eu un seul décès !

Dans quelles conditions ?

Ce pauvre enfant, fils d'un agent de police de Neuilly et âgé de quatre mois à son arrivée, était couvert des pieds à la tête d'un impetigo confluent. Cette immense croûte pesait à peine le poids d'un

plus infaillible que les autres et qu'elle a déjà causé quelques graves accidents. Il est bon de reconnaître les insuccès pour tâcher d'y parer, mais non pour renoncer à la méthode :

M. Jeannel ayant assisté aux démonstrations de M. Lannelongue et ayant vu ses malades, est, comme tous les médecins dans ces conditions, un des chauds partisans de la méthode, il l'a utilisée souvent, et il a par conséquent une grande habitude de son emploi. C'est dans ces conditions qu'il traita par les injections chlorurées une fille de six ans, atteinte depuis une année d'une arthrite tuberculeuse du genou. Il fit autour de l'article, aux limites de la synoviale, 12 injections, 8 en avant, 4 en arrière, de 2 à 8 gouttes chaque, et avec la solution au 10e. L'enfant fut ensuite pansée, mise dans une gouttière plâtrée, et renvoyée chez elle. Deux jours après, il y avait de l'œdème des orteils et de la douleur du membre. Ces accidents augmentèrent les jours suivants et bientôt apparurent des eschares disséminées sur la jambe et la partie inférieure de la cuisse. Une de ces eschares s'étant rompue, un flot de sang s'écoula par l'ouverture et l'enfant mourut d'hémorrhagie.

L'autopsie montra qu'on était en présence d'un vaste anévrysme diffus consécutif à la rupture d'une eschare de l'artère fémorale touchée par l'injection de chlorure de zinc.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement des polypes muqueux des fosses nasales.

A la demande de quelques-uns de nos confrères, nous reproduisons un rapport très complet du Dr *Delie*, d'Ypres, lu au Congrès d'Otologie et de Rhinologie sur le traitement des polypes muqueux des fosses nasales (Extrait de la *Semaine médicale*).

Dans l'exposé des diverses méthodes de traitement des polypes muqueux du nez, il n'est plus permis de s'arrêter à l'examen des procédés basés sur l'emploi des poudres et des liquides astringents ou caustiques tels que l'alun, le tannin, le perchlorure de fer, le sulfate de zinc, etc., ainsi que du nitrate d'argent fondu, dont les résultats se manifestent avec une lenteur désespérante et sont peu durables, voire même illusoires et nuls. Les solutions alcoolisées, que certains auteurs introduisent au moyen d'une seringue hypodermique spéciale à l'intérieur des polypes, dans le but d'en obtenir la disparition par ratatinement, ne sont guère dignes non plus de mention. Le rhinologiste qui veut débarrasser ses malades de polypes nasaux doit s'adresser aux manuels opératoires faciles, rapides et d'une efficacité incontestable. Deux procédés réunissent ces qualités : l'*arrachement* et l'*excision*.

Avant d'user de l'un de ces moyens chirurgicaux, il convient : 1o de désinfecter la cavité nasale par une irrigation ou pulvérisation antiseptique ou aseptique non irritante (eau boriquée, salolée ou simplement eau bouillie) ; 2o d'avoir sous les yeux le champ opératoire bien éclairé et bien accessible. Après avoir, par l'application du *spéculum nasi*, dilaté la narine dans toute la mesure du possible, un jet lumineux sera projeté dans la cavité nasale soit d'une manière réfléchie par le miroir frontal ou un foyer électrique, soit directement au moyen d'une lampe électrique frontale. C'est la manière la plus commode parce qu'elle laisse à l'opérateur ses deux mains libres et n'exige pas l'intervention du malade. Une seconde façon d'éclairer la cavité nasale consiste à placer dans le naso-pharynx une petite lampe électrique ; mais ce procédé doit être réservé pour rechercher avec précision le lieu d'insertion des pédicules polypeux. Si une hypertrophie des cornets empêchait une large vue dans la cavité nasale, on pourrait essayer de la réduire extemporanément au moyen de la cocaïne. Celle-ci peut même être employée pendant tout le cours de l'opération chez les personnes sensibles afin d'écarter l'élément douleur. Il est bien rare, que l'on doive procéder à une opération préalable, telle que la cautérisation ou l'ablation d'un cornet hypertrophié, l'élimination d'une crête ou d'une déviation de la cloison nasale.

---

enfant qui vient de naître. La mère avait essayé de le nourrir jusque-là, et c'est sur les instances de son médecin, qu'elle avait résolu d'essayer d'une nourrice à la campagne, pour sauver son enfant moribond.

Pendant le premier mois, il avait progressé de 1 kilogramme, ce qui était superbe, puis il est mort un beau jour, subitement, sans qu'on ait eu le temps de me prévenir.

Les parents, d'ailleurs, n'ont été nullement surpris de cet événement, auquel ils s'attendaient et ont délivré à la nourrice un excellent certificat qui lui a permis de prendre un nouveau nourrisson, aujourd'hui en pleine santé.

J'ajouterai qu'il y a quelques mois, le même agent de police, sa femme étant de nouveau enceinte, m'a écrit pour lui retenir une nourrice, ne voulant pas risquer un nouvel élevage par la maman. J'ai retenu la nourrice, mais peu de temps après le pauvre homme m'a annoncé que sa femme venait d'accoucher d'un enfant mort.

Ainsi donc, voilà le seul décès d'enfant au sein survenu depuis trois ans sur 117. Le fait du deuxième enfant mort-né et l'état exceptionnellement grave du premier à son arrivée paraissent bien devoir le faire considérer comme fatal.

Il ne faudrait pas croire, non plus, qu'il n'y a pas de malades dans ma circonscription ; j'ai mon contingent, comme tout le monde, (voir mon rapport) et je fais, comme les autres, de mon mieux.

Avec les enfants atteints de débilité congénitale, j'emploie la couveuse et j'ai des succès.

Aux jeunes nourrissons, j'interdis les voyages, causes d'accidents du côté des voies respiratoires, pendant l'hiver ; du côté des voies digestives, pendant l'été ; d'accidents cérébraux en toute saison.

Aux enfants au biberon, je donne pendant les chaleurs l'Eau de Vals à plein biberon et de ceux qui sont morts des suites d'affections intestinales depuis plusieurs années, *pas un seul* n'appartient à mon rayon de clientèle.

Ce traitement est loin de m'être personnel et je ne revendique rien à ce sujet. L'emploi des eaux alcalines a déjà été recommandé, mais probablement mal appliqué, puisqu'il n'est pas universellement adopté.

L'honneur en revient au docteur Gassot, de Chevilly, du moins quant à la façon de s'en servir, et il est de tous, sans exception, celui qui donne les meilleurs résultats.

Aussitôt qu'un enfant est atteint de diarrhée bénigne, je lui fais boire moitié lait moitié Eau de Vals, jusqu'à cessation des accidents.

S'il s'agit d'une gastro-entérite, je fais supprimer

1° *Arrachement.* — Les grandes pinces droites ou courbes qui prenaient les polypes dans leurs mors et qui, pour opérer l'arrachement, nécessitaient le déploiement d'une force plus ou moins aveugle, sont totalement abandonnés aujourd'hui. Leur maniement provoque une douleur affreuse, fait naître des hémorrhagies parfois inquiétantes, nécessite des séances longues et répétées ; il est peu efficace parce qu'il ne permet jamais de débarrasser le nez des petits polypes logés du côté de la voûte nasale ; il peut même être dangereux parce qu'il est impossible à l'opérateur de limiter l'action des pinces. On a arraché des lambeaux de muqueuse très étendus et même des fragments de cornets.

2° *Excision.* — Cette méthode laisse le choix entre les *pinces coupantes*, la *ligature extemporanée* et la *galvanocaustique*.

a) *Pinces coupantes* : Ce sont des curettes tranchantes doubles, pleines ou fenêtrées, véritables ciseaux coudés. Si le tranchant est un peu émoussé, la partie saisie n'est plus nettement coupée, mais une légère traction amène le polype avec une facilité variable suivant la nature et la consistance de la tumeur à opérer. Les pinces sont peu recommandables pour les grands polypes pédiculés, mais elles rendent des services signalés dans l'ablation des petits polypes multiples, qui obstruent la voûte nasale ; elles sont avantageuses dans les cas d'hypertrophie ou de dégénérescence polypoïde de parties plus ou moins étendues des cornets moyens et supérieurs, ainsi que dans le traitement des polypes sessiles à large base, mais trop peu élevés pour être saisis convenablement par le serre-nœud.

b) *Ligature extemporanée* : On fait usage de serre-nœud coudés à plusieurs anneaux ; les fils sont en fer, acier, laiton ou cuivre. Le serre-nœud à canal simple s'allie le mieux à un fil mince et très malléable pour sectionner complètement la partie saisie. Les instruments à lumière double emprisonnent fortement la portion du pédicule engagée dans l'anse et nécessitent souvent l'arrachement pour compléter l'opération. Avant d'opérer il est utile de recourir à la sonde pour isoler le polype, dépister le pédicule et son lieu d'insertion. La grandeur de l'anse du fil sera proportionnée au plus grand diamètre de la tumeur. Par un mouvement de rotation de la partie libre de l'instrument dans laquelle court le fil, on donne à l'anse la disposition ou la direction, qui facilitera l'engagement et l'emprisonnement du polype ; on introduit le polypotome ainsi armé dans la cavité nasale et, par des tâtonnements prudents et mesurés, on engage le néoplasme dans l'anse. Si les dimensions du polype sont trop fortes, on opère par morcellement. Il peut être avantageux, dans ces cas, d'appliquer, pour réduire les polypes muqueux, le procédé du massage avec ou sans ponctions ou incisions préalables que notre confrère M. le docteur Wagnier a le premier appliqué, au moyen des doigts, dans le pharynx nasal. Dans la section du pédicule, pour éviter l'hémorrhagie, il convient de faire rentrer l'anse par petites étapes successives ou bien d'une manière lente et continue. La méthode mixte mise en usage par le serre-nœud à lumière double est plus douloureuse que sa congénère ; elle expose à des pertes de sang plus notables, mais elle possède le grand avantage d'être radicale, en ce sens que le polype est souvent enlevé avec tout le pédicule bien au delà de la partie prise dans l'anse. L'hémorrhagie qui accompagne ces divers procédés de ligature extemporanée dépend surtout du degré de vascularisation des polypes : elle est en raison directe de la grandeur du pédicule, de la précipitation mise dans l'extraction du néoplasme et du nombre de canaux de l'instrument ; elle est en raison inverse de l'épaisseur du fil employé. Dans les cas où la perte de sang est minime on pousse l'opération le plus loin possible en une seule et même séance ; si l'hémorrhagie est assez sérieuse pour empêcher la parfaite réapplication de l'instrument, il faut intervenir.

Hâtons-nous de dire, toutefois, qu'une hémorrhagie même forte est très rarement dangereuse ; elle s'arrête souvent d'elle-même. Une perte de sang est loin d'être nuisible à des personnes sujettes à des céphalalgies ou des congestions cérébrales actives ou passives ; je dirai

---

le lait d'une façon absolue. De l'Eau de Vals à plein biberon, tant que l'enfant veut en boire (et cela leur convient beaucoup). Au bout de quelques heures, les vomissements sont arrêtés. A ce moment, je reprends le lait avec 3/4, puis 2/3, puis moitié d'Eau de Vals, suivant que la diarrhée est plus ou moins intense, jusqu'à guérison.

Il y a là un lavage stomacal et intestinal, dont les bienfaits ne sont pas discutables.

Le sous-nitrate de bismuth, le benzoate de soude, l'opium, le calomel, le salol, etc., ne m'ont jamais donné que des résultats très problématiques et je les ai abandonnés dans les cas graves.

Ces affections intestinales étaient, autrefois, mon cauchemar ; j'en suis heureusement délivré.

L'Eau de Vichy elle-même ne m'a pas donné d'aussi bons résultats et bon nombre de nourrices n'ayant pas trouvé d'Eau de Vals de la source que j'indiquais et ayant rapporté de l'Eau de Vichy pour la remplacer, ont pu se convaincre que l'effet produit était loin d'être aussi satisfaisant.

Si l'on prenait ensuite de l'Eau de Vals, l'amélioration se dessinait et les femmes m'expliquaient ce phénomène, en me disant que mon Eau était plus forte !!!

J'ai pu constater avec plaisir que, d'après mes conseils, l'on n'attendait pas que l'enfant fût trop malade, pour user du médicament et que l'on évitait ainsi des accidents graves.

L'Eau de Vals que j'emploie est de la source la Reine et je vous prie de croire qu'il n'y a pas un mot de réclame dans la recommandation de ce traitement, n'ayant aucune espèce d'accointance avec le propriétaire de cette source.

Quant au lait lui-même, en attendant que la question de préférence entre le lait cru et le lait bouilli soit bien tranchée, je me trouve bien de le donner cru, pendant l'hiver et bouilli pendant l'été. Ce système mixte me paraît le plus rationnel, lorsque l'on a du lait de bonne qualité.

Je recommande l'usage du lait de vache fraîchement vêlée et j'interdis l'usage du lait de vache en état de gestation.

Je ne parlerai que pour mémoire du biberon à tube de caoutchouc. Cet engin meurtrier, mais adoré des mauvaises nourrices, pour sa grande commodité, a disparu de ma circonscription et je ne donne jamais de certificat à une nourrice sèche, sans stipuler que son emploi est interdit.

Les marchands du pays m'ont affirmé qu'ils n'en vendaient plus jamais, même en dehors du service de protection, aux mères qui ne peuvent allaiter.

L'exemple a été contagieux et les femmes non soumises à la loi ont compris que si les nourrices ne

même qu'un certain écoulement de sang est utile pour prévenir l'irritation inflammatoire qui suit l'opération. S'il convient d'arrêter la perte de sang, il faut essayer d'abord une irrigation avec de l'eau chaude (40° à 50°) ou de l'eau tiède légèrement chloroformée ; l'eau froide simple ou additionnée de perchlorure de fer est préconisée par certains auteurs. Si l'hémorrhagie persiste, on peut exercer sur la partie saignante une compression au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile ou de gaze désinfectée, soit sèche, simple ou styptique, soit trempé dans une solution d'antipyrine à 1/5e, dans de l'eau de Pagliari, etc. Il est rare qu'on doive recourir au tamponnement antérieur complet de la fosse nasale par l'introduction successive de mèches désinfectées. Le tamponnement postérieur est à rejeter à cause des dangers d'inflammation qu'il entraîne avec lui. Il ne constituera donc qu'un moyen *in extremis*.

c) *Galvanocaustique* : Dans le but de prévenir les hémorrhagies d'une manière plus radicale, on a substitué à l'anse froide, l'anse galvanocaustique. Les fils employés sont en acier ou en platine ; les premiers, moins coûteux, embrassent plus facilement le polype. Par l'intermédiaire du rhéostat, on règle la quantité unique et toujours égale d'électricité qui chauffera l'anse du fil ; il convient de mesurer l'intensité du courant, non sur la grande anse, que l'on introduit pour saisir le polype, mais sur une petite anse, se rapprochant comme dimension, de celle qui pourrait embrasser le pédicule de la tumeur, après sa constriction : on évitera ainsi la destruction du fil, ce qui ferait manquer l'opération. Le fil ne doit être porté qu'au rouge sombre ; à ce degré de chaleur il sectionne parfaitement les polypes et constitue en même temps un moyen préventif contre l'hémorrhagie. La façon de saisir le pédicule le plus haut possible est identique à celle de l'anse froide : on ne laisse passer le courant qu'après avoir fortement serré le pédicule. Celui-ci est sectionné net à l'endroit saisi ; s'il est trop large, il peut être avantageux de ne le sectionner qu'en plusieurs fois. On opère alors avec une faible dose d'électricité ; on rétablit le courant par intervalles après avoir chaque fois fait rentrer graduellement l'anse du fil. Si la galvanocaustique atténue la douleur et supprime la perte de sang, elle présente l'inconvénient d'augmenter le nombre d'introductions de l'instrument. Mais cette perte de temps est largement compensée par l'absence d'hémorrhagie, qui prolonge ou oblige à surseoir à l'opération.

Si l'on a affaire à des polypes isolés et pédiculés, les différents modes d'excision permettent d'enlever complètement les tumeurs ; mais dans un grand nombre de cas, quand les polypes sont petits et multiples, qu'ils obstruent la voûte et le méat supérieur ou qu'il s'agit de dégénérescence polypoïde des cornets supérieur et moyen, il faut, pour achever l'extraction ou la destruction des néoplasmes, avoir recours aux pinces coupantes déjà décrites ou bien aux différentes espèces de *racles*. Les racles ordinaires pour les fosses nasales sont étroites et de préférence fenêtrées ; elles sont montées sur des tiges malléables de manière à pouvoir leur imprimer la direction la plus favorable à l'ablation facile des productions pathologiques. Il faut racler avec une certaine énergie sous l'action de la cocaïne. La douleur n'est d'ailleurs provoquée que par l'attouchement des parties saines ; la perte de sang est toujours minime. Les racles galvanocaustiques, de dimensions beaucoup plus petites que les racles ordinaires, peuvent s'engager plus facilement dans les espaces qui entourent le cornet supérieur ; elles présentent, en outre, le double avantage de ne pas exposer à un écoulement sanguin et d'être un excellent agent de cautérisation. Après chaque séance opératoire il est absolument indiqué, avant le départ du sujet, de faire un lavage minutieux des fosses nasales avec un liquide désinfectant tiède. Certains auteurs préconisent même d'insuffler du côté de la voûte nasale une poudre désinfectante, telle que l'acide borique porphyrisé, l'aristol, le dermatol, etc., etc. D'autres introduisent dans le nez un tampon imbibé d'une solution de bleu de méthylène.

Pour ce qui est des *soins consécutifs*, le malade fera tous les jours un ou plusieurs lavages du

---

devaient pas se servir de ce biberon, c'est qu'il avait des inconvénients graves.

Je ne me fais pas faute de leur dire, à l'occasion, que si elles étaient sous ma surveillance, je leur ferais retirer leur enfant, et elles achètent de suite un biberon sans tube.

Plus les nourrissons sont isolés, plus ils ont de chances de se bien porter. C'est pour cette raison que je n'autorise que par exception une nourrice à prendre un deuxième élève et seulement lorsque le premier est âgé de plus d'un an, qu'il a été élevé au biberon et que la nourrice, devenue enceinte, doit élever le nouveau au sein.

Je ne tolère pas deux nourrissons au sein, ni deux au biberon. J'ai cependant une nourrice dans ce cas, mais elle est arrivée du Cher avec ses deux élèves et j'ai dû m'incliner devant le fait accompli.

Jamais une de mes nourrices n'a eu trois enfants à la fois. Cette pratique, qui règne dans certaines contrées, est déplorable et il y aurait urgence à la faire disparaître.

Les enfants de ces femmes sont tenus malproprement, leurs biberons sont négligés ; ce sont des foyers d'affections intestinales, sans compter les maladies épidémiques ou contagieuses.

Quant à l'âge des nourrices, je les prends jeunes en principe, mais je fais de rares exceptions pour quelques femmes âgées, qui ont élevé un grand nombre d'enfants et s'entendent fort bien à les soigner.

A tous les moyens que je viens d'indiquer, j'ajoute : la visite du berceau et de la literie, des linges de l'enfant, du biberon. J'insiste sur le nettoyage de la tête, le renouvellement fréquent des langes, l'usage de la poudre de lycopode pour les fesses, le pli de l'aine, etc., et le lavage de ces parties avec l'eau boriquée.

Je fais supprimer le maillot de bonne heure, et comme les nourrices savent que je suis en rapport avec les parents et que je puis leur faire enlever l'enfant à ma volonté, elles font de leur mieux et sont heureuses lorsque je parais satisfait de leurs services.

De mon côté, je fais mon possible pour leur procurer des nourrissons, dont les parents puissent payer les mois et je m'efforce de faire récompenser les plus méritantes par le département.

Ma façon de procéder à leur égard les a effarouchées au début, mais je puis affirmer qu'à l'heure présente, mes nourrices, bien disciplinées, n'ont pour moi que de l'estime et de la confiance.

Dr Sutils (de Lachapelle la Reine).

nez au moyen des préparations aseptiques ou antiseptiques déjà mentionnées. Il se servira soit de l'irrigateur-siphon automatique, soit d'une seringue en caoutchouc manœuvrée par la main, soit d'un simple pulvérisateur.

Les malades qui ne peuvent se procurer ces objets se contenteront de renifler une grande quantité de liquide en prenant la précaution de tenir la tête baissée pendant l'opération afin d'irriguer les parties supérieures des fosses nasales.

Le traitement consécutif consiste dans la destruction des pédicules; plus celle-ci est énergique et plus elle sera efficace et durable.

L'absence ou l'éloignement des récidives est à ce prix: *il faut cautériser*. Parmi les moyens généralement employés nous trouvons le chlorure de zinc, le nitrate d'argent solide, l'acide chromique fondu et principalement le galvanocautère.

Après les cautérisations au nitrate d'argent, il sera bon de laver le nez ou du moins de badigeonner les parties supérieures des fosses nasales avec une solution de chlorure de sodium.

Les cautérisations à l'acide chromique sont très puissantes et méritent de retenir un instant notre attention. L'acide est fondu sur des tiges en argent; il se solidifie par refroidissement. Afin d'éviter dans le nez des cautérisations inutiles et nuisibles créées par les liquides sécrétés charriant l'acide chromique qu'ils ont dissous au passage, afin de prévenir l'écoulement de ces liquides dans le pharynx nasal et d'éviter les nausées et les vomissements que cet écoulement peut provoquer, j'ai l'habitude d'introduire dans le nez, au niveau du méat moyen, une longue mèche d'ouate hydrophile désinfectée dans laquelle se trouve enroulé du bicarbonate de soude; je la retire quelques minutes après la cautérisation. D'autres rhinologistes se contentent de faire pencher fortement en avant la tête du malade et d'instituer consécutivement une irrigation nasale d'eau bicarbonatée à 8 ‰ ou d'insuffler simplement de la poudre de bicarbonate de soude.

Les cautérisations les plus profondes et les plus faciles sont incontestablement celles que produit le galvanocautère; elles sont souveraines; de tous les inconvénients inhérents à la cautérisation, elles ne conservent que la douleur; celle-ci se manifeste surtout quand on dépasse le terrain morbide et se prononce sous la forme lancinante, s'irradiant vers le front, la face et les dents. Le seul moyen préventif consiste dans l'application de cocaïne. Il y a des sujets nerveux et impressionnables qui, dans le cours d'une extraction de polypes ou d'une cautérisation, sont pris d'éternuements, de larmoiement, voire même de nausées, de vomissements et de syncope; il faut alors surseoir à l'opération ou obliger l'opéré à garder la position couchée.

Un des phénomènes consécutifs constants d'une intervention quelconque — mais principalement d'une cautérisation — et qui persiste pendant quelques jours consiste en une sécrétion abondante de liquide parfois sanguinolent et purulent. L'emploi du galvanocautère expose surtout à la production de véritables exsudats fibrineux qui persistent pendant huit, dix et quinze jours sans provoquer de phénomènes inquiétants. L'érysipèle du nez et de la face est devenu très rare, à cause des moyens multiples de désinfection que tout opérateur consciencieux met en pratique soit sur lui-même, soit dans les instruments, soit dans les liquides employés. Cependant il se présente encore des cas où la réaction est vive et s'accompagne de prostration, d'anorexie et de fièvre; ces phénomènes sont passagers et ne demandent que des soins hygiéniques.

Parmi les moyens curatifs des polypes, nous ne mentionnons pas l'électrolyse, parce qu'elle fait perdre un temps précieux et que ses effets sont inférieurs à ceux des moyens que nous avons indiqués.

Le *pronostic* du traitement des polypes est très variable; les grands polypes isolés permettent d'espérer une guérison durable. Quand les polypes sont multiples et développés et que leur extraction laisse une cavité nasale d'une étendue considérable, il peut se manifester un véritable ozène post-opératoire avec pharyngite concomitante. Cet état pathologique, très désagréable, persiste jusqu'à ce que la muqueuse des cornets, aplatie, quasi-atrophiée par la compression, ait récupéré sa vitalité et son volume primitifs, ou bien que la capacité de la cavité nasale soit redevenue normale grâce au développement progressif de nouvelles néoplasies polypeuses. Dans ces cas, on se demande s'il ne vaut pas mieux rejeter une opération radicale et se contenter de débarrasser le malade des polypes les plus volumineux, de façon à rétablir la respiration nasale; il faut alors surveiller le sujet et recourir à une opération partielle chaque fois que la gêne respiratoire ou le nasonnement indiquent le développement excessif des tumeurs négligées. Des récidives surviennent dans les cas de polypes nombreux de la voûte, malgré une extraction radicale suivie d'une cautérisation énergique, manœuvre qui aurait pu cependant faire espérer une guérison complète. Mackenzie recommande dans les cas rebelles d'enlever non seulement une partie de la muqueuse, mais même tout le cornet foyer de la repullulation. Cette opération se pratique soit avec la pince ou la gouge tranchante, soit avec l'anse galvanocaustique.

Il est prudent d'engager les malades qui sont sujets à des récidives à se faire examiner tous les trois mois.

Il ne faut pas perdre de vue que si les polypes sont cause de complications inflammatoires du côté des divers sinus, les maladies de ces cavités nasales accessoires peuvent réciproquement provoquer et entretenir la production de néoplasies polypeuses sur les divers cornets.

REVUE D'HYGIÈNE

La lumière du soleil exerce une action destructive manifeste sur les microbes. Après Down et Blount, Duclaux a montré que les micrococques succombent après 12 heures d'insolation, et les spores après deux mois au maximum. Du reste, cette action est très variable suivant l'intensité lumineuse, le milieu, etc., puisqu'Arloing a pu tuer les spores de la bactéridie charbonneuse en 7 heures et Roux en 24 à 56 heures

seulement. Down et Blount pensent que la lumière solaire agit à peu près exclusivement par ses rayons chimiques ; d'autre part, son action se montre nulle dans le vide et elle est nulle aussi dans un milieu privé d'air ou formé d'acide carbonique (Roux). Il s'agirait donc d'un phénomène d'oxydation s'exerçant soit sur la substance même du microbe, soit sur le milieu nutritif où il est placé : « Duclaux nous a appris en effet, que les matières hydrocarbonées (qui composent les bouillons de culture) s'oxydent très facilement au soleil et fournissent les mêmes produits que ceux qui sont formés par les microbes dans les fermentations ; on conçoit que ces produits nouveaux apportent une entrave au développement des microorganismes. » (E. Roux) (1).

Plus récemment, Roux et Yersin ont constaté que les membranes diphtéritiques exposées au soleil finissent par perdre leur virulence. Ledoux-Lebard vient de montrer que les résultats obtenus sur le bacille de la diphtérie varient suivant que l'on opère sur des bouillons de culture ou sur des cultures sèches : dans le premier cas, la lumière solaire arrête le développement des microbes et stérilise les cultures en quelques jours, mais la lumière diffuse n'a pas d'action ; dans le second, l'une et l'autre lumière agissent également, quoique l'effet de la lumière diffuse soit toujours moins rapide. La stérilisation n'est d'ailleurs réalisée que si la culture sèche est en couche mince : C'est pourquoi les membranes de la diphtérie, exposées au soleil, conservent longtemps leur virulence, les couches superficielles étant seules purifiées des microbes. Ajoutons que ce sont les rayons les plus réfrangibles du spectre solaire qui agissent presque exclusivement.

Il était plus intéressant encore de s'assurer si l'on ne réussirait pas, par l'action des rayons solaires, à tuer les germes pathogènes adhérents à la surface des étoffes ou plongés dans leur épaisseur. Des expériences d'Esmarch il résulte que l'action du soleil est réelle sur les microbes des couches superficielles, mais qu'elle s'amoindrit dans la profondeur. L'effet varie avec la couleur des étoffes, étant plus marqué avec les couleurs claires. Les bacilles du choléra sont les plus sensibles et succombent même dans les couches profondes ; les bacilles typhiques résistent à 8 ou 9 heures d'exposition, qu'ils soient desséchés ou non, et les micrococques à 5 jours ; enfin le bacille de la dipthérie, plus vulnérable lorsqu'il est desséché, finit par céder, quoique lentement, après 29 heures d'insolation dans l'intérieur d'un oreiller, après 39 heures dans une toison de mouton. En résumé, le soleil ne s'est montré qu'un désinfectant bien infidèle et l'insolation ne pourra jamais remplacer l'étuve, ni les liquides antiseptiques, acide phénique ou sublimé.

On a beaucoup parlé de l'ozone comme désinfectant, et plus encore des appareils ozonisateurs. Après les expériences de Sonntag et celles de M. de Christmas, la question paraît définitivement jugée.

Sonntag n'avait pu tuer qu'après 24 heures les spores charbonneux, en les maintenant dans une atmosphère, qui contenait 14 milligrammes d'ozone par litre d'oxygène. Les spores offrent une résistance considérable aux agents physiques et chimiques. De Christmas s'est servi de cultures, sans spores, de *staphylococcus aureus*, de bacilles typhiques, diphtéritiques, etc., et il a vu qu'il faut, pour stériliser ces cultures, une exposition de 96 heures dans une atmosphère ozonisée à 1 milligramme et demi par litre. Or, à un demi-milligramme par litre seulement, l'air était déjà difficilement respirable.

Suivant la remarque de Vallin, jamais ce chiffre ne peut être atteint dans la nature, ni artificiellement ; cet air serait, d'ailleurs, trop irritant pour les poumons. L'emploi de l'ozone est donc complètement à rejeter dans la désinfection.

La température centrale du pain, pendant la cuisson, est bien diversement évaluée : Perrier et Pabst estiment qu'elle ne dépasse pas 60° ; pour Vallin, elle varie de 80 à 85° ; enfin, deux pharmaciens militaires, MM. Balland et Mayon, ont constaté 99° à 101°5 au centre de pains ronds pesant 750 gr. et jusqu'à 110° pour des biscuits ayant 0 m. 13 de côté sur 0 m. 018 d'épaisseur.

Les pains, qui avaient subi pendant près d'une heure ces températures élevées se sont montrés complètement stérilisés : la mie, déposée dans des bouillons de culture neutre, alcalins ou sucrés, n'avait aucunement troublé ces bouillons après quinze jours de contact dans l'étuve à incubation.

D'après MM. Balland et Masson, les 110° atteints par les biscuits suffisent à expliquer la mort des microbes ; mais pour le pain, un autre facteur intervient : l'acidité du pain lui-même. Pasteur a constaté, en effet, dès 1861, que les liquides alcalins ou neutres n'étaient pas stérilisés complètement après une heure d'ébullition, et Chamberland a fait voir qu'une acidité supérieure à 1 gr. 225 d'acide sulfurique par litre entraîne, en dix minutes d'ébullition, une stérilisation absolue. Or, les pains expérimentés présentaient, avant d'être enfournés, une acidité totale de 1 gr. 50 à 2 gr. par kilog, et ils ont subi 100° pendant une heure. A titre de contre-épreuve, ces auteurs ont cultivé des pains de luxe d'une acidité faible (0 gr.50) et ont constaté la présence des microbes dans les cultures ; ils ne nous disent pas, il est vrai, quelle était la température centrale de ces derniers échantillons.

La conclusion pratique, c'est que la cuisson ne détruit pas sûrement les germes infectieux qui pourraient être contenus dans le pain. L'eau destinée au pétrissage devra donc être aussi scrupuleusement purifiée que l'eau de boisson elle-même.

Le lait stérilisé par l'ébullition est maintenant employé partout, et avec grand avantage, dans l'allaitement artificiel. Il importe toutefois de savoir que le lait ainsi traité, finit par perdre au bout d'un certain temps, quelques semaines ou même quelques jours, ses qualités digestives. Ses gouttelettes de graisse se fondent, en effet, en grosses gouttes qui, si l'on chauffe le lait à 40° ou au-dessus, apparaissent à la surface sous forme d'yeux. Or, suivant la remarque d'Ivanoff, la digestibilité du lait est en raison inverse de la taille de ses globules de graisse, celle-ci pénétrant d'autant mieux dans les chylifères qu'elle est à l'état d'émulsion plus parfaite.

(1) Amblard. *Hygiène élémentaire*, 1891.

Pour éviter cette perte, qui, d'après les recherches de Renke, peut atteindre jusqu'à 40 pour 100, le moyen est, d'ailleurs, bien simple, c'est de stériliser le lait seulement pour la journée.

Dr AMBLARD (de Bellegarde).

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Le Conseil d'administration se réunira le 20 juin, à l'effet de prononcer les admissions qui porteront la date du 1er juillet et ouvriront le droit à l'indemnité à partir du 1er janvier 1895. Le Secrétaire général prie en conséquence les 41 confrères adhérents qui n'ont pas encore adressé leurs dossiers, de les lui faire parvenir dans la quinzaine.

Cette séance du 20 juin aura un ordre du jour très chargé, mais la question capitale sera la suppression de la limite d'âge de 65 ans, étudiée depuis plusieurs mois, et à laquelle nous avons déjà reçu nombre d'adhésions provisoires.

En vue de cette combinaison nouvelle qui ouvrira les portes plus largement à l'entrée dans l'Association amicale, nous prions Messieurs les délégués départementaux de presser l'organisation de leurs cadres de correspondants.

J.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité de l'Etat, vis-à-vis de ses employés, blessés en service (1).

M. le Dr Coulbault (de Cholet) avait reçu, du directeur des postes du département, l'avis que l'Administration ne pouvait intervenir dans le règlement des honoraires dus par un agent, pour une fracture de la jambe, contractée en service et que les frais incombaient à ce dernier, qui, en considération de son infirmité, fut placé dans un service sédentaire.

Il s'agissait de savoir jusqu'à quel point l'Etat peut être, dans ces circonstances, responsable, comme le seront les patrons, lorsque la loi aura consacré leur responsabilité. Nous avons, en conséquence, fait une démarche auprès de la Direction centrale et voici l'état de la question.

Les employés des postes ne peuvent être considérés comme des ouvriers. Leur situation en diffère, en ce sens qu'ils ont droit à une *retraite*, au bout d'un nombre d'années de service. En second lieu, lorsqu'un accident survient, qui amène une infirmité, ou des soins prolongés, un crédit spécial peut leur allouer un *secours*, dont la demande doit être adressée à Paris, au Bureau des Secours et Pensions. Lorsqu'une infirmité se produit, l'agent est déplacé et on lui procure, comme dans le cas spécial, une occupation en rapport avec son infirmité. En un mot, les sous-agents et les agents sont traités d'une façon paternelle et si leur situation n'est pas meilleure, cela tient à ce fait que, pour une place vacante, il y a cinquante demandes.

Lorsque la loi sur la responsabilité des patrons viendra en discussion, nous nous proposons de réclamer l'intervention d'un député ou sénateur médecin, pour introduire un amendement à la loi, qui, dans une mesure quelconque, établirait l'Assimilation de l'Etat aux patrons.

(1) Voir n° 16 du 21 avril 18, page 100.

Les honoraires médico-légaux en Algérie.

Les médecins du département de Constantine font circuler parmi eux une requête au Ministre de la Justice, pour obtenir que le décret du 21 novembre 1893, annulant celui du 18 juin 1811, relativement aux honoraires des médecins experts, leur soit applicable.

Voici les termes de cette pétition :

« Monsieur le Ministre,

« Le décret du 21 novembre 1893, a déterminé le montant des honoraires attribués aux médecins experts, pour leurs opérations médico-légales, à partir du 1er décembre dernier. Ce décret ne contenait aucune disposition contraire, spéciale à l'Algérie. C'est pourquoi nous espérions être traités sur le même pied d'égalité que nos confrères de France. Mais, une récente circulaire de M. le procureur général d'Alger, qui nous a été communiquée, prescrit que le décret du 21 novembre 1893, n'est pas applicable à l'Algérie et que le tarif du décret du 18 juin 1811 continuera à être mis en vigueur pour nous.

« Cependant, Monsieur le Ministre, notre situation de médecin en Algérie, nous expose à bien plus de fatigues et bien plus de contacts dangereux, que n'en risquent nos confrères de France. Nos transports judiciaires ont lieu, parfois à des distances considérables, 100 kilomètres aller et retour et plus, sur des chemins malaisés, dangereux et presque toujours impraticables aux voitures, dans des régions dépourvues des choses les plus élémentaires, parmi des habitants que leur religion et leurs mœurs rendent réfractaires à notre intervention.

« Nos constatations se font constamment dans des conditions absolument contraires à l'hygiène et à la prudence, sans abri, sans eau, sans aides et sur des individus presque toujours malpropres et présentant des chances non équivoques de contagion pour nous.

« Les dépenses que nous occasionnent ces déplacements dans des régions où les moyens de locomotion et d'existence sont rares et coûteux, dépassent habituellement la somme dérisoire, qui nous est allouée ; en sorte que les réquisitions judiciaires auxquelles, néanmoins, nous nous faisons un devoir de toujours obtempérer, deviennent pour nous des causes de fatigues et de dépenses gratuites.

« Dans ces conditions nous avons l'honneur, Monsieur le Ministre, d'attirer votre bienveillante attention sur la situation précaire qui nous est faite, vous priant de bien vouloir prendre en considération la légitimité de nos revendications et faire ce qui dépendra de votre haute compétence pour que le décret du 21 novembre 1893 nous soit applicable, et que, désormais, nous ayons droit aux mêmes avantages que nos confrères de France.

« Veuillez agréer, etc. »

Les doléances des signataires sont trop légitimes pour ne pas appeler l'attention du ministre et conséquemment être prises en considération. En la circonstance, il ne saurait y avoir deux poids et deux mesures.

Les médecins professant en Algérie sont aussi méritants, aussi dignes d'intérêt, si ce n'est davantage, — en raison surtout de la nature des pays dans lesquels ils exercent, — que leurs collègues de la métropole. Pourquoi les placer dans une situation inférieure alors qu'ils possèdent le même bagage de connaissances scientifiques, et que la mission qu'il ont à accomplir est autrement pénible que celle des favorisés ?

En Algérie, les médecins sont appelés, à tout instant, à obtempérer à une réquisition judiciaire. Ils doivent se mettre en route immédiatement, braver le sirocco ou l'orage, chevaucher pendant des journées ou des nuits entières à travers des pays impossibles pour aller exercer leur ministère dans des douars où ils sont généralement fort mal accueillis. Leur déplacement est payé à raison de 2 fr. 50 par myriamètre, leur rapport médico-légal 5 fr. ; encore faut-il déduire, de cette grosse somme, le coût de la feuille de papier timbré ; et lorsqu'ils sont appelés à faire une autopsie, qui demande habituellement deux ou trois heures, elle leur rapporte 7 fr., et très souvent aussi les agréments de la contagion.

Le décret du 21 novembre 1893 fait la part tant soit peu plus belle à ceux qui se dévouent constamment pour le salut de leurs semblables. Le prix de 2 fr. 50 par myriamètre est augmenté pour les transports judiciaires ; l'autopsie est payée, 25 francs en cas ordinaire et 50 francs lorsqu'il y a lieu de procéder à une exhumation.

Ces augmentations n'ont rien d'excessif et puisqu'on a cru devoir les concéder au corps médical de la métropole, est-il admissible, je le répète, qu'on n'en fasse pas bénéficier les médecins algériens ?

Il y a là une anomalie trop flagrante pour ne pas disparaître.

Ce ne sont pas seulement les praticiens du département de Constantine, mais bien encore ceux des départements d'Alger et d'Oran, tout aussi intéressés en la matière, qui doivent protester, et protester énergiquement, afin que le décret du 21 novembre 1893 soit rendu exécutoire en Algérie.

En ce qui nous concerne, nous appuyerons de toutes nos forces les justes revendications des médecins algériens.

Al. Boué.

(*Gazette médicale de l'Algérie.*)

VARIÉTÉS

Les médecins en l'an 2000.

Un livre communiste d'un américain, M. Ed. Bellamy, *Looking Backhwards*, traite de la situation des médecins dans la Société transformée à son point de vue. Voici comment il envisage l'avenir médical, dans un siècle :

« Le bien qu'un médecin peut faire à son malade, dépend beaucoup de la connaissance de ses dispositions constitutionnelles. Le malade doit pouvoir appeler le médecin de son choix. Mais la seule différence est que, au lieu de se faire payer directement, le docteur reçoit ses honoraires de la nation, qui les déduit du crédit du malade, suivant un tarif déterminé.

— J'imagine, dit l'interlocuteur du réformateur que, si l'honoraire est toujours le même et qu'un docteur ne puisse refuser de clients (exercice forcé), ce qui doit être certainement, les bons médecins seront toujours appelés et les mauvais réduits à l'oisiveté.

— D'abord, répond le réformateur, nous n'avons pas de mauvais médecins (nous en concluons qu'il regrette la liberté d'exercice de la médecine en Amérique). Il n'est plus permis, au premier venu, de s'exercer sur ses concitoyens. Seuls, les étudiants, qui ont subi des épreuves sévères, et démontré leur vocation, ont le droit de pratiquer. De plus, vous remarquerez que les médecins n'essayeront plus de se faire une clientèle au détriment de leurs confrères. Ils n'auraient pas de motifs. Enfin les docteurs doivent faire des rapports périodiques, de leur travail, au bureau médical, et s'ils ne sont pas raisonnablement occupés, on *leur cherche de l'ouvrage*. »

Le traducteur du livre de M. Bellamy, M. de Lestrade, lui fait observer que la façon future d'avoir un médecin, correspond à la manière dont, à Paris, on se procure un médecin pendant la nuit. A Paris, ajoute-t-il, on se procure ainsi un médecin quelconque, en cas d'accident. Pour les cas ordinaires, il faut un médecin qui sache inspirer confiance. Certains médecins n'auront pas assez d'heures dans la journée, pour répondre aux appels ; d'autres ne verront pas un malade en un mois. Tous les deux seront payés de même, par la nation.

La phrase : si un médecin n'est pas raisonnablement occupé, on lui trouve du travail. Quel travail ? en fera-t-on un cordonnier ; ou y a-t-il dans l'armée industrielle communiste, un régiment de malades spéciaux, pour les docteurs sans ouvrage ?

On conviendra que les perspectives du communisme ne sont pas fort tentantes pour le Corps médical.

La loi de 1838 sur les aliénés et la nouvelle loi en discussion.

M. le Dr *Salomon* de Savigné-l'Evêque (Sarthe), ex-interne des asiles d'aliénés, vient de publier une intéressante brochure, intitulée : « Autour de la loi sur les aliénés. »

M. Salomon connaît bien la question qu'il traite et par la lecture de son consciencieux travail, on arrivera, sans grandes objections, à adopter les conclusions qu'il formule et qui sont les suivantes :

Si la loi de 1838 est imparfaite, elle peut servir encore de base à une excellente loi. Peut-être aurait-on bien fait d'y toucher plus légèrement, et de modifier seulement les articles qui ont fait l'objet de ce travail :

1° Remplacer le certificat médical d'admission, émanant d'un médecin quelconque, par le certificat d'un spécialiste nommé au concours, et attaché au parquet de chaque arrondissement, en qualité de médecin-légiste ;

2° Supprimer les placements dits volontaires et les remplacer par des placements, effectués par l'autorité, sur la demande de la famille, mais sans son intervention directe ;

3° Créer des placements volontaires de l'aliéné par lui-même, restant libre de sa sortie ;

4° Construire un asile public dans chaque dé-

partement, supprimer les asiles privés en faisant office ;

5° Supprimer par extinction ou rachat les asiles privés ;

6° Restreindre le traitement à domicile, par une surveillance plus grande, et des formalités offrant des garanties sérieuses ;

7° Admettre tous les indigents au bénéfice du traitement gratuit à l'asile ;

8° Créer un ou plusieurs asiles uniquement destinés aux aliénés criminels, sans aucune distinction ;

9° Séparer dans tous les asiles le service administratif du service médical ;

10° Nommer les internes et les médecins par la voie du concours.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Marne.

Section d'Epernay.

8 *avril* 1894.

Présents : MM. Pellot, *Président* ; Evrard, *Secrétaire* ; Chéruy, Dunand, Godard, Hugé, Janin, Jaquinot, Laydeker, Mangin, Moret, Oudiné père, Prioux, Soyeux, Verron.

Excusés : MM. Demange, Cossin, de Speville, Péchadre, Limasset, Plicot, Leclère.

Le docteur Couillaud, ne continuant pas à exercer, quitte le Syndicat.

M. le président Dr Pellot, en ouvrant la séance, constate l'accroissement du Syndicat, qui comptait 20 membres à sa reconstitution, le 12 avril 1891, et en possède plus de 30 aujourd'hui. La marche est la même d'ailleurs pour tous les Syndicats.

Les travaux du Syndicat, après la revision de ses statuts, ont consisté à étudier et à fixer les bases de tarifs d'honoraires convenant à chaque classe de clientèle.

Des tarifs spéciaux ont été adoptés pour les Compagnies d'assurances sur la vie et contre les accidents ; ces tarifs ont été acceptés par les Compagnies après avoir donné lieu à bien peu d'observations de leur part.

Quelques différends entre médecins et clients ont été soumis au Syndicat ; l'avis du Bureau a suffi, dans la plupart des cas, à donner gain de cause aux réclamations du médecin ; un seul cas a été porté devant le tribunal de paix, et jugé conformément aux conclusions posées par le Syndicat.

Le bureau du Syndicat, appelé à plusieurs reprises à faire des démarches dans l'intérêt de la profession auprès des représentants de la région au conseil général et au parlement, a vu le meilleur accueil répondre à son initiative. C'est ainsi qu'il a soutenu le vote de la loi Chevandier, et qu'il a dernièrement obtenu du Conseil général un vœu favorable à la modification du service militaire des étudiants en médecine. D'ailleurs, par son adhésion à l'Union des Syndicats, celui d'Epernay participe aux efforts constants de l'Union dans son contact perpétuel avec les pouvoirs publics.

Si, à côté des résultats obtenus, subsistent de grands desiderata, la faute n'en est pas à l'institution du Syndicat, mais aux grandes difficultés rencontrées par suite d'abus séculaires ; que les impatients, au lieu de targuer l'institution de faiblesse, redoublent d'activité, qu'il n'y ait plus de dissidents, et tous les obstacles seront franchis, le Syndicat atteignant son but de concorde et de progrès.

Bureau.

Le vote pour le renouvellement du bureau lui conserve sa composition précédente : *Président* : Dr Pellot ; *vice-président* : Dr Verron ; *assesseurs* : Drs Dunand et Janin ; *secrétaire-trésorier* : Dr Evarrd.

Comptes.

Le compte rendu du trésorier porte 94 fr. 30 de dépenses pour l'année 1893 et 354 fr. de recettes ; ce qui porte l'avoir actuel du Syndicat à 1111 fr. 90 c. Ces comptes sont approuvés.

Admissions.

Le président présente comme nouveaux membres du Syndicat les docteurs Masson, de *Fère-Champenoise*, Foucart, de *Sézanne*, Faucheux d'*Allemant*, et Saguet *d'Agij* ; les 3 premiers d'entre eux assistant à la séance, leur élection a lieu au scrutin secret. Après dépouillement le président les déclare admis.

Modification aux statuts.

D'après l'art. 14, une cotisation supplémentaire de 6 fr. est due par tout membre qui ne se présente pas à la réunion et n'envoie pas d'excuses. En raison de la difficulté pour les médecins éloignés de la ville, n'ayant pas de télégraphe à leur disposition, d'aviser en temps opportun des empêchements qui leur surviennent, le Syndicat décide que l'art. 14 devra être désormais interprété ainsi : « Tout sociétaire absent de la réunion doit à la caisse du Syndicat, à titre de soutien, la somme de six francs s'il n'a pas donné d'excuses *dans les deux jours qui suivent la réunion.* »

Rapports avec les Sociétés de Secours mutuels.

Onze Sociétés sont signalées comme ayant des rapports avec les membres du Syndicat ; quelques-unes ont des arrangements à tant par membre et par année, 4 fr. à Sézanne, 4 fr. à Esternay ; d'autres ont un tarif à la visite.

Le docteur Hugé estime qu'à Sézanne où 300 membres paient l'abonnement individuel de 4 fr., le prix de visite revient à 2 fr. l'une, mais il ne compte pas les consultations faites à tout instant au passage du médecin.

Il semble indispensable de rejeter l'abonnement et de n'accepter que des tarifs à la visite.

Il est également indispensable de n'admettre de nouveaux membres dans une Société de Secours mutuels qu'avec l'assentiment du médecin ; et, d'autre part, un médecin ne doit accepter de convention avec une Société de Secours mutuels, qu'après avoir été appelé à vérifier la liste des membres et leurs moyens d'existence.

Ces conditions, formulées de la manière suivante par le Dr Verron, sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité :

Art. 1er. — « Tout médecin faisant partie du Syndicat s'engage à ne soigner les membres de Sociétés de Secours mutuels qu'autant qu'il sera admis à donner son avis, chaque année, sur l'admission des membres nouveaux, et sur le maintien des membres anciens. »

Art. 2. — La visite, ainsi que la consultation, pour les Sociétés de Secours mutuels sont soumises à un tarif de faveur ; mais leur prix ne peut être inférieur à un franc cinquante centimes l'une. Les frais de déplacement hors de la résidence du médecin, sont

comptés en sus de ce prix à raison de un franc par kilomètre parcouru.

Les accouchements, opérations, réductions de fractures et luxations devront faire l'objet d'un tarif spécial.

Art. 3. — Tout sociétaire est libre de s'adresser au médecin de son choix.

Les précédentes décisions seront signifiées aux Sociétés de Secours mutuels, par les soins du Bureau.

Déclaration des maladies épidémiques.

M. Faucheux demande s'il faut se conformer aux prescriptions de la loi sur la déclaration des maladies contagieuses ? L'avis du Syndicat est qu'il faut obéir à la loi.

Médecins étrangers.

Plusieurs membres émettent le vœu de soumettre à l'Union des Syndicats la ligne de conduite à suivre en face de l'invasion des médecins étrangers venant se fixer dans la contrée. Il est décidé que le Bureau s'occupera de la question.

Plainte d'un membre.

Un médecin de la région, subissant les épreuves d'examen destinées à transformer son titre d'officier de santé en diplôme de docteur, s'est trouvé, à la suite d'un échec, dénigré dans sa clientèle au moyen de la dépêche suivante colportée dans la contrée par un nouveau confrère concurrent auquel elle était adressée par un autre confrère : « *M... refusé à tel examen.* » Sur la plainte de ce médecin, et sur la proposition du Dr Janin, il est voté qu'une enquête sera faite par le Bureau.

Le Secrétaire,

Dr Evrard.

REPORTAGE MÉDICAL

C'est avec grande joie que nous annonçons la nomination de notre distingué collaborateur des années précédentes, le Dr *Lepage*, au titre d'accoucheur des Hôpitaux de Paris, après un brillant concours. C'est le digne couronnement de ses travaux persévérants et unanimement appréciés.

— *Les victimes de l'attentat de Liège.* M. le Dr *Bodard* va mieux, nous écrit le Dr Dejace, directeur du *Scalpel*. Il espère reprendre bientôt ses occupations ; quant au malheureux docteur *Renson*, c'est un martyr ; absolument aveugle, il est tourmenté par des douleurs continues ; la morphine seule le soulage, dans ses tristes journées. Notre confrère, le Dr Tardieu, du Mont-Dore, avait proposé d'ouvrir une souscription médicale, à titre de témoignagne de sympathie. M. Dejace nous écrit qu'elle ne serait pas en situation et il adresse ses remerciements pour l'intention que nous avions manifestée. Nous faisons des vœux ardents pour l'atténuation rapide du malheureux aveugle.

— M. le Dr *d'Arsonval*, est élu membre de l'Académie des sciences dans la section de médecine et physiologie, en remplacement de M. Brown-Séquard, décédé.

— M. le Dr *Hanriot*, est élu membre de l'Académie de médecine dans la section de chimie, en remplacement de M. Quinquaud, décédé.

— Nous apprenons que des expériences viennent d'être faites par le conseil de salubrité sur les germes bactériens contenus dans les wagons de chemins de fer.

Des échantillons de poussière, pris dans quarante-cinq compartiments de différents wagons à voyageurs, ont été inoculés à des animaux ; une partie des animaux inoculés sont morts très rapidement par suite de différentes affections contagieuses ; les autres ont succombé de quatre à six semaines après l'expérience. Trois de ces derniers, qui avaient été inoculés avec de la poussière prise, non sur le parquet des voitures, mais sur le plafond, les parois et les coussins, ont présenté les signes de la tuberculose. Le chiffre des bactéries relevé est, par pouce carré, de 16,500 dans les wagons de 1re classe, et respectivement de 27,000, 31,000 et 78,800 dans ceux de 2e, 3e et 4e classes.

Le conseil de salubrité a édicté contre ces dangers de contamination des mesures que les administrations des chemins de fer étudient en ce moment. (*Semaine médicale.*)

— Le docteur Reliquet, officier de la Légion d'honneur, est mort à l'âge de cinquante-six ans.

Le docteur Reliquet, qui était un chirurgien très distingué pour les voies urinaires, a succombé à une affection cardiaque.

— Le Dr *E. Besnier*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur. Nous sommes heureux de l'en féliciter ici.

— *La langue scientifique internationale.* — L'opinion qui paraît dominer, *à l'Académie de New-York*, est qu'il est inutile de perdre son temps à apprendre le grec et le latin, parce que l'anglais semble destiné à devenir naturellement la langue dominante de l'avenir... Et cela pourrait être la vérité, *si la statistique donnée par le Dr Leale est exacte.* D'après le Dr Léale, en 1801, le français était parlé par 19 pour 100 de la population du monde ; en 1890, il ne l'est plus que par 12,7. En 1801, la langue allemande était parlée par 18,7 pour 100 ; en 1890, le chiffre est le même, 18,7. L'anglais, qui, au contraire, en 1801, était parlé par 12,7 pour 100, est parlé en 1890 par 27,7. Malgré cela, certains américains, anglais et allemands, considérant la langue française comme celle des trois langues classiques modernes qui a le plus de tendances... à la mort, proposent pour les prochains Congrès internationaux, l'adoption du Français, qu'on sait d'ordinaire mieux que le latin. Si nous devions acheter, au prix d'une telle renommée, celle de la... mort, que notre langue devînt la langue scientifique internationale, il vaudrait peut-être mieux décliner dès aujourd'hui ce grand honneur. — (*Progrès médical.*) M. B.

— Un de nos confrères de la presse Belge, le Dr *Paul Royen*, après avoir fait remarquer dans le *Scalpel* qu'au dernier Congrès de Rome, la nécessité d'adopter une langue scientifique s'était de plus en plus imposée, ajoute les considérations suivantes :

« A ces assises scientifiques quatre langues officielles étaient admises, à savoir : le français, l'anglais, l'allemand et l'italien. La moitié des congressistes appartenaient à l'Italie et 95 % d'entre eux ne parlaient que leur langue. Or celle-ci est trop insignifiante pour qu'un savant occupé prenne la peine de l'étudier. Le français, l'anglais et l'allemand sont mieux connus des hommes de science, mais cette connaissance se borne le plus souvent à la langue écrite. Tel médecin lira couramment un article rédigé en anglais ou en allemand qui ne le comprendra plus du tout lorsqu'il lui sera lu par un confrère de Londres ou de Berlin. De même le langage français prononcé par un étranger et avec l'accent national de celui-ci, cessera souvent d'être

intelligible pour tout autre qu'un français de naissance.

Quelle langue universelle faut-il adopter ? La langue anglaise ? Certes, c'est celle-ci qui tend à se repandre le plus dans le monde, mais outre sa difficulté de prononciation, il faut compter avec les susceptibilités politiques et c'est ce qui laisse peu d'espoir sur son choix, comme sur celui du français ou de l'allemand. Restent le latin et le grec. Le premier est une langue morte et morte depuis trop longtemps pour qu'on puisse la ressusciter. Elle pourrait à peine convenir comme langue de littérature, mais jamais comme langage parlé. Le grec moderne, au contraire, est une langue vivante, admirable, souple, merveilleusement appropriée au langage scientifique qui, tous les jours encore, lui emprunte ses nouveaux mots. De plus, elle n'est parlée que par un petit peuple incapable d'éveiller les jalousies des grandes puissances. Quoi qu'on en dise, le grec moderne est resté très pur et diffère moins du grec d'Homère et de Xénophon que l'anglais actuel ne diffère de l'anglais de Chaucer (1328-1400) et de Shakespeare (1564-1616). »

Notre confrère a peut-être raison ; mieux vaudrait le grec que le volapük ; mais il est regrettable que ce soit un Belge, c'est-à-dire un Français par la langue, qui rejette si facilement le Français, sa langue d'origine. Le Français est parfaitement intelligible avec n'importe quel accent, et il est parlé, en dehors de toute symphathie spéciale, par une foule de gens instruits et faisant partie de la haute société en Allemagne, en Hongrie, en Russie, en Suisse, en Espagne. Nous proposons donc, nous, le Français comme langue scientifique internationale.

— Au Sénat, la commission chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assainissement de Paris et de la Seine a choisi M. le professeur Cornil comme rapporteur.

— Le Conseil municipal de Paris vient de voter la création d'un service de quarante-quatre lits, pour femmes enceintes, à la Clinique d'accouchement. C'est là une excellente mesure, si l'on considère que cet établissement ne disposait à cet effet que du nombre absolument insuffisant de vingt lits.

— *Une ville hygiénique.* — C'est la ville de Minneapolis, aux Etats-Unis ! La mortalité n'y dépasse pas 9,60 pour 1.000, tandis que dans toutes les grandes villes, elle oscille entre 17 et 26 pour 1.000. Un journal de l'endroit explique ainsi le fait : « Le système d'égout y est parfait ; l'eau de source abondante et de bonne qualité ; la malaria est inconnue ; la phtisie y est rarement observée. Les maladies infectieuses quand elles se développent revêtent une forme atténuée, et les formes graves y sont exceptionnelles. Les seules maladies qui offrent une certaine fréquence sont la diarrhée des enfants, les accidents de la puerpéralité et le cancer. Le *Medical Record* fait remarquer que les médecins doivent avoir la vie difficile dans une pareille ville. Un décès répond à peu près à 25 cas morbides; une mortalité de 9.60 pour 1.000 donne à peu près 25.000 cas de maladies par an, contre un taux de 600.000 pour New-York. Si New-York n'avait que la mortalité de Minneapolis, qui compte 209.000 habitants, sa morbidité totale annuelle ne dépasserait pas 225.000 habitants. Et cependant la proportion des médecins à la population est la même à Minneapolis et à New-York.

A beau parler qui vient de loin et les statisticiens américains ont l'habitude de faire la part bien belle à leur pays. Neanmoins, à émigrer, c'est à Minneapolis qu'il faut aller fixer ses penates si on a la santé ébranlée.

La statistique suivante est, elle aussi, trop favorable à l'Amérique. Ce qui importe c'est que, dans les classes élevées de la société, une langue soit plus répandue que les autres et c'est sûrement le français qui, dans les réunions d'hommes, sera longtemps encore la langue la plus accesibles.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Brun, de Toulouse, et Doussin de Meschers (Charente-Inférieure), membres du Concours Médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3912. — M. le docteur Chout, d'Etain (Meuse), présenté par M. le docteur Japin d'Étain.

N° 3913. — M. le docteur Sévène, de Montlouis (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Grellety (Dr L.) **Questions professionnelles.** Causeries pour le médecin. Deuxième série, *Paris Société d'éditions scientifiques*. 1 volume in-12 de 262 pages. Envoi franco contre un mandat de 4 fr.

Le petit livre du Dr Grellety ne peut manquer d'intéresser la plupart de nos confrères. Nous y avons lu de bonnes pages, les unes sérieuses et réconfortantes, les autres badines et spirituelles. L'auteur touche une foule de questions très diverses : il n'en est pas qui ne soient de nature à fixer l'attention du praticien. Ne manquons cependant pas de faire nos réserves au sujet de quelques-unes des opinions émises par notre confrère de Vichy. Il est regrettable que nos convictions les plus respectables y soient parfois vivement attaquées ou, ce qui est plus fâcheux, tournées en ridicule.

Cet ouvrage n'est guère susceptible d'être analysé. Nous nous bornerons à signaler quelques chapitres qui méritent plus particulièrement d'être lus. Tel est, entre autres, celui qui est intitulé : Apologie de la profession et du médecin de campagne. Nous ne saurions dire le plaisir que nous avons éprouvé à lire ces pages, consacrées à faire ressortir les avantages de la vie du médecin de campagne. Nous, qui avons mené cette vie pendant près de douze ans, nous ne pouvons qu'applaudir aux paroles de notre confrère. Nous voudrions mettre ces passages entre les mains de tous les jeunes docteurs qui songent à venir se fixer dans la grande ville et qui méconnaissent les charmes de la pratique médicale à la campagne. Il y a là de quoi détourner beaucoup de confrères d'une voie où les attendent plus de déceptions que de satisfactions. Non moins vrais sont les chapitres intitulés :*Invidia medicorum*, progrès et réformes à réaliser, la tenue médicale, l'hygiène et la question sociale, *sursum corda*, etc.

En résumé, nous exprimons le vœu que ce petit livre se répande rapidement parmi les membres de la docte faculté. Sauf les réserves que nous avons posées plus haut, nous croyons que nos confrères y puiseront beaucoup de leçons utiles et surtout des pensées réconfortantes nécessaires dans le dur labeur de la pratique médicale.

Dr M.

Pour terminer, signalons à nos lecteurs un roman qui les rajeunira et qui a pour titre : **Suzette,** Scènes du Quartier Latin, par M. Arm. Bigeon, Roman, 1 volume. Prix. 3 fr. 50.

La voilà bien dépeinte la silhouette de l'étudiant moderne dans sa vie de travail et de plaisir, avec son humeur joyeuse et ses amours, mettant en pratique les saines traditions de gaieté du vieux *Quartier Latin.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 24 16 Juin 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Reconstitution de la réunion extra-parlementaire des Médecins du Parlement.

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs, qu'à la suite d'une entrevue que nous venons d'avoir avec M. le Dr *Pédebidou*, député des Hautes-Pyrénées, membre du Concours médical, une convocation générale va être adressée, par dix médecins députés et deux médecins sénateurs, pour le jeudi 21 juin, à 1 heure, au Palais-Bourbon.

Tous les médecins législateurs sont conviés à assister à cette réunion, en vue de poser les bases de l'accord qui doit intervenir entre eux, pour la solution des nombreuses questions médicales soumises aux Chambres, au moyen d'une réunion permanente du groupe médical.

Le Concours médical se félicite d'avoir provoqué cette utile mesure, dont le succès ne fait pas de doute. Très prochainement, nous exposerons tous les éléments de la question.

Voici la circulaire :

Paris, le 12 juin 1894.

Monsieur et cher confrère,

Des questions d'un haut intérêt public, sont, en ce moment, ou vont être bientôt, soumises au Parlement. Quelques-unes touchent de très près à l'exercice de notre profession. Nous citerons en particulier :

1° Enseignement de la médecine : réforme de la première année d'études.
2° Service militaire des étudiants en médecine.
3° Lois sur la protection de la santé publique.
4° Organisation de l'Assistance médicale gratuite aux indigents.
5° Application de la loi sur la protection des enfants en bas âge et des enfants assistés.
6° Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Nous avons pensé qu'une réunion extra-parlementaire des médecins sénateurs et députés aurait pour résultat de hâter la solution de ces diverses questions, et de donner satisfaction aux vœux du corps médical.

Nous faisons appel aux sentiments de confraternelle solidarité des médecins du Sénat et de la Chambre, et nous vous prions d'assister à la première réunion du groupe médical extra-parlementaire, qui aura lieu jeudi prochain, 21 du courant, à une heure, au Palais-Bourbon. (Local de la Commission).

Sénat.

Gadaud (Dordogne). — Dellestable (Corrèze).

Chambre des Députés.

Pédebidou (Htes-Pyr.).	Guéniau (Côte-d'Or).
Amodru (Seine-et-Oise).	Bourcy (Charente-Inf.)
Gacon (Allier).	Defontaine (Nord).
Quintaa (Basses-Pyr.).	Dron (Nord).
Delarue (Allier).	Chantelauze (H.-Loire.)

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des morsures venimeuses des serpents.

Le Dr *Calmette*, de Saïgon, qui a entrepris la périlleuse et patiente tâche d'étudier à fond les venins des serpents, a déjà publié le résultat de ses remarquables expériences sur le traitement

des morsures venimeuses de serpents. Voici les principaux points qu'il est bon d'en retenir :

En présence d'un cas de morsure de serpent venimeux chez l'homme, il faut :

1° Placer, si la chose est possible, une ligature élastique modérément serrée entre la plaie d'inoculation et la racine du membre, afin de s'opposer à l'absorption du venin ;

2° Injecter aussitôt, dans la plaie d'inoculation et tout autour jusqu'à une assez grande distance, vingt à trente c. c. d'une solution récente de chlorure de chaux, préférablement au chlorure d'or dont l'efficacité est moindre ;

3° Enlever la ligature élastique dès que les injections ont été pratiquées ; laver la plaie abondamment avec une solution concentrée d'hypochlorite de soude ou de chaux.

Il sera avantageux de soutenir l'énergie cardiaque du blessé à l'aide d'une faible dose de morphine ou de caféine administrée par voie sous-cutanée.

On emploiera, pour les injections de chlorure de chaux ou d'hypochlorite de soude, une solution titrant environ 4 litres à 4 litres 5 de chlore par 1,000 c. c. Au moment de l'usage, on diluera 5 c. c. de cette solution dans 45 c. c. d'eau bouillie.

Les dilutions étendues préparées d'avance n'ont plus d'action efficace.

Il n'y a aucun inconvénient à injecter dans le tissu cellulaire et même dans les muscles une assez grande quantité de chlorure de chaux ainsi dilué. Ces injections ne sont nullement douloureuses pour les animaux et elles ne provoquent jamais d'eschares.

Ce traitement, avec une substance aussi facile à se procurer que le chlorure de chaux, peut être dès maintenant appliqué partout et permettra de sauver un grand nombre de vies humaines.

« Il est évident que les injections de sérum immunisant, dont la puissance thérapeutique est beaucoup plus grande, seront préférables encore. Elles devront constituer, dans l'avenir, le véritable traitement de l'envenimation.

« Mes expériences m'ont prouvé que là est le moyen le plus infaillible ; mais avant de le préconiser d'une manière exclusive, il me semble que de nouveaux essais doivent être tentés. Or, pour pouvoir effectuer d'autres expériences sur une plus large échelle, je fais appel au concours de tous les confrères, qui pourraient me procurer des venins, soit secs, soit conservés dans de la glycérine pure. »

Avantages de la columnisation en gynécologie.

On donne le nom de columnisation à une sorte de tamponnement très serré du vagin. Ce mode de traitement s'applique de la façon suivante :

Un spéculum ordinaire est introduit aussi profondément que possible et ses branches écartées ; on place alors les tampons, qui sont en coton hydrophile ou boriqué trempé dans la glycérine neutre. Ceux-ci sont fortement exprimés pour ne pas se réduire ensuite dans le vagin. Ils doivent présenter le volume d'une grosse noix. Les premiers, qui devront rester en contact avec les culs-de-sac vaginaux et le col utérin, sont en outre saupoudrés d'iodoforme. De cette façon, ils constituent d'abord un pansement antiseptique, et d'autre part empêchent aux écoulements utérins et vaginaux de se putréfier et de présenter au bout de quelques jours une odeur fétide. Les tampons, qui sont dans le reste du vagin sont simplement imbibés de glycérine. De cette façon l'odeur de l'iodoforme ne vient pas incommoder la malade. Ces tampons doivent être très serrés pour produire un effet utile ; ce sont surtout ceux qui distendent le cul-de-sac postérieur qui doivent présenter ce caractère. Néanmoins la pression ne doit jamais être telle qu'elle puisse déterminer une douleur persistante.

A mesure que le fond du vagin et du spécu-

FEUILLETON

C'était pour rire... ! !

Il existe, en France, deux sortes de lois : les lois *pour de bon*, appliquées d'une façon stricte, sévère, rigoureuse ; puis les lois *pour de rire*, dont on se soucie comme une baleine d'un faux-col !

Essayez donc de tenir un débit clandestin de boissons ; amusez-vous à transporter, en contrebande, quelques litres de vin, ou d'eau-de-vie ; enfin violez, en quoi que ce soit, une de ces lois multiples sauvegardant la caisse du gouvernement et vous m'en direz des nouvelles !

Assurément, mieux vaudrait assommer, aux trois quarts, votre concierge, vous enrichir à l'aide d'une bonne faillite, voler, sans vergogne, la veuve et l'orphelin, que de toucher aux privilèges de cet être collectif qui se nomme : l'Etat.

Tous les jours, vous apprendrez que tel monsieur, escroc de profession, paye de quelques jours de prison, de quelques centaines de francs, un vol monstrueux, qui jette sur la paille des centaines d'honnêtes familles, incapables, dans leur loyauté native, de supposer un tel excès de friponnerie, chez leur homme de confiance. Vous apprendrez, encore, qu'un pauvre diable, un miséreux, a été condamné à la même peine, souvent à une peine beaucoup plus sévère, pour avoir mis en vente quelques allumettes, dont le seul tort est d'être de beaucoup supérieures à celles de la régie ; d'avoir transporté sans acquit un broc de piquette dont la valeur est cent fois inférieure au taux de l'amende, à laquelle il est condamné.

Et cependant, au point de vue de la morale, de par toutes les lois divines et humaines, le premier est un fripon, un misérable, le second reste honnête homme quand même.

Un jour, l'envie me prend de soigner, médicamenter, mon prochain ; d'être médecin, pharmacien, etc. L'Etat intervient.

« Votre prochain est sous ma tutelle, me dit-il ; avant de vous le confier, prouvez-moi que vous êtes capable de le soigner, médicamenter.

Vous allez donc me faire le plaisir d'aller, pendant huit à neuf ans user quelques paires de culottes sur les bancs de l'université... *Alma mater*. Je vous délivrerai, si vous en êtes digne,

lum se comble par l'application de tampons successifs, on retire le spéculum en ayant grand soin de refouler en même temps avec une pince l'ensemble des tampons. Sans cette précaution on ramènerait avec le spéculum les bourdonnets de coton ou tout au moins on diminuerait la pression qui doit exister au niveau du cul-de-sac postérieur, car l'expérience a appris que les tampons placés dans le cul-de-sac antérieur doivent être très modérément serrés sous peine d'entraîner une gêne très marquée dans la miction et aussi quelques phénomènes douloureux. Les derniers bourdonnets imbibés de glycérine ne doivent pas dépasser le plan vertical de la symphyse pubienne. Il est même bon de rester légèrement en arrière, surtout si le constricteur de la vulve a conservé sa tonicité et peut suffire à maintenir en place la colonne des tampons. Placer quelques-uns de ceux-ci plus bas exposerait à une compression de l'urèthre et une gêne notable, sinon à une impossibilité absolue, de la miction. Il est même bon en général de toujours prévenir la malade que si elle éprouvait une certaine gêne en urinant, elle n'aurait qu'à enlever un ou deux des derniers tampons pour voir cet inconvénient disparaître. Elle doit aussi être prévenue que dans les jours, qui suivront cette application, elle perdra une certaine quantité d'eau sous l'influence de la glycérine, sans quoi, alors même qu'elle serait soulagée, elle ne manquerait pas d'attribuer des effets fâcheux à cet écoulement du liquide, qui par sa quantité ne peut manquer de lui paraître insolite.

Ces tampons doivent être changés à peu près tous les 5 ou 6 jours.

Quant aux indications de la columnisation du vagin, les voici résumées par le Dr *Condamin*, élève du professeur Laroyenne :

1° Chez les malades affectées de déviations utérines, qui ne peuvent supporter les pessaires.

2° Chez les malades qui souffrent de prolapsus tubaires ou ovariens et dont l'effet se manifeste par des douleurs rendant la marche impossible.

3° Chez les femmes, qui, sans présenter de lésions utérines ou péri-utérines bien appréciables, se plaignent de ne pas pouvoir marcher, parce que, suivant leur expression, leur ventre n'est pas soutenu, même par une ceinture.

4° Dans les cas où des épaississements péri-utérins ou une obésité particulière de la malade ne permet pas de préciser un diagnostic. Si les tampons sont mal supportés ou douloureux, il y a tout lieu de croire à une affection suppurée.

D'autre part, on peut reconnaître avec Taliaferro que ce traitement présente les avantages suivants :

1° Il a une action très rapide.

2° Il dispense les malades du séjour au lit, et leur permet, grâce au support fourni par les tampons, de marcher et de se livrer à leurs occupations.

3° Il rend tout coït impossible pendant la durée du traitement.

4° Il ne donne lieu à aucune réaction inflammatoire.

5° Associé avec la glycérine neutre iodoformée, il bénéficie et dilate les tissus qui ont été rétractés sous l'influence de phénomènes inflammatoires, et détermine par l'écoulement abondant d'eau, qui suit son application une véritable saignée blanche, dont l'effet décongestionnant est des plus marqués.

L'instrumentation de l'intubation du larynx.

Dans un de nos récents articles, nous avons décrit avec détails le manuel opératoire de l'intubation laryngée, et nous n'avons parlé que des instruments d'O'Dwyer. Nous apprenons que dernièrement, un médecin de Lyon a préconisé à la Société des Sciences médicales, un certain nombre de modifications, qui simplifient encore l'opération. C'est M. *Ferroud*, qui a inventé cette nouvelle instrumentation.

M. Ferroud fait remarquer que le mandrin de l'introducteur d'O'Dwyer gêne souvent plus qu'il ne sert : la vis s'use assez rapidement, de sorte que la direction du tube, dans lequel est entré

---

un petit carré de parchemin nommé *diplôme de bachelier*, parchemin vous donnant droit de continuer, pendant cinq à six ans encore, d'user quelques paires de culottes, sur d'autres bancs de la même université.... *Alma mater*. Alors, je vous délivrerai de nouveau, si vous en êtes digne, un second carré de parchemin nommé *diplôme de docteur* ou *de pharmacien* lequel vous octroiera le pouvoir de *soigner et médicamenter* vos semblables, et ce, à l'exclusion de tout autre. Ceci vous coûtera pas mal de temps, d'argent (de ce dernier, j'entends bénéficier en partie) mais vous rattraperez cela, sur la clientèle future. J'ai dit.»

Voilà certes un contrat en bonne et due forme ! contrat synallagmatique contenant une obligation réciproque ! L'Etat a-t-il le droit de le violer ! n'est-il pas tenu de me défendre, de tenir ses engagements ?

— Mais il le fait, objecterez-vous. La loi est là ! La loi de novembre 1892. Oyez plus tôt :

Art 1er. Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine...... etc.

Et plus loin :

Art. 18. Quiconque exerce illégalement la médecine, est puni d'une amende de 100 à 500 fr., etc., etc.

Ah ! le bon billet qu'a La Châtre. Pris d'un beau zèle, nos honorables firent un jour une loi contre l'ivresse publique. Amendes, prison, privation des droits de citoyen, etc., tout était prévu, ordonnancé, puni, etc.

Les ivrognes n'avaient qu'à bien se tenir !

Oui, mais... un autre jour l'on s'aperçut que le *chand de vin* était en somme le grand électeur, le grand collecteur de suffrages, que détruire l'ivrogne, c'était du coup supprimer le *mastroquet*.... la loi fut rejoindre les vieilles lunes ! Et le *soiffart* continue, comme par le passé, à décrire des arabesques fantastiques sous le nez du *sergot*, à chanter, hurler, brailler à *gueule que veux-tu*, parfaitement sûr de l'impunité.

Vous souvient-il des lois scolaires ?

Vous souvient-il de cet arsenal de punitions (amendes, affichage à la porte de la mairie), encourues par le père de famille coupable de ne pas envoyer son enfant à l'école ? Que reste-t-il de tout cela ? Rien, absolument rien. Comme par le passé le moutard va ou ne va pas en classe... et puis voilà !

le mandrin, ne correspond plus à la fente antéro-postérieure de la glotte ; de plus elle est difficile à nettoyer parfaitement ; enfin le mandrin obture le tube pendant l'introduction dans la glotte et empêche toute respiration.

Pour obvier à ces inconvénients, M. Ferroud supprime tout simplement mandrin et introducteur.

Il a fait construire sur le principe de l'extracteur d'O'Dwyer, un instrument très simple avec lequel on peut successivement porter le tube dans le larynx et l'en sortir.

C'est une pince avec un mors long de 4 centimètres et suffisamment amincie pour pénétrer profondément dans la lumière de tous les tubes, *sans cependant la combler*.

Grâce à cet appareil, l'introduction est très facile et le tube garde invariablement la direction antéro-postérieure qui, nous l'avons vu, est la plus favorable à sa pénétration. Il serait même impossible, on le conçoit, de lui donner une autre orientation que celle de la fente glottique. De plus, le malade peut respirer pendant les manœuvres de l'intubation ; il est donc par ce fait moins exposé au shock opératoire qu'avec l'instrument d'O'Dwyer.

L'extraction est également plus facile et plus sûre, car les mors de la pince pénétrant profondément dans la lumière du tube ont avec les parois de ce dernier des points de contact multiples qui rendent leur prise très solide et s'opposent à ce qu'ils dérapent. (Accident très fréquent avec l'extracteur d'O'Dwyer dont les mors en s'écartant forment un angle aigu au lieu de rester parallèles.)

Les tubes de M. Ferroud sont ceux d'O'Dwyer, à cette différence près que l'extrémité inférieure a été taillée en biseau pour favoriser l'introduction et que l'orifice supérieur est un peu plus évasé pour permettre aux mors de la pince d'y pénétrer plus facilement et réduire ainsi la durée des tâtonnements, si fréquents au cours de l'extraction.

Enfin, un ouvre-bouche très solide et une virole protectrice destinée à garantir seulement la première phalange de l'index et l'extrémité inférieure du métacarpien complètent cette nouvelle instrumentation du tubage.

Depuis deux mois environ les appareils de M. Ferroud sont journellement expérimentés à la Charité de Lyon dans le service de M. le docteur Rabot, et toutes les personnes, qui en ont fait usage n'hésitent pas à reconnaître qu'ils sont plus pratiques que ceux d'O'Dwyer, c'est-à-dire qu'ils rendent l'opération plus facile, plus rapide et partant moins dangereuse.

Cette simplication de la boîte primitive entraîne une réduction de près de moitié dans le prix de revient.

M. Ferroud insiste sur ce fait que sa pince possède sur les deux instruments, dont elle tient lieu, l'avantage de se démonter facilement, et que par suite elle peut être désinfectée d'une façon rigoureuse.

C'est ainsi que devenant peu à peu plus pratique, l'opération du tubage ne devra plus être ignorée d'aucun praticien.

Comment il faut administrer l'iodure de potassium dans la syphilis.

M. le Dr *Mauriac*, de l'hôpital Ricord, dans une récente leçon, a montré les avantages inappréciables de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis : L'application de l'iodure de potassium n'est pas, quoi qu'en disent quelques-uns, circonscrite à la phase tertiaire de la syphilis, bien que ce soit là son terrain d'élection. Dans la syphilis primitive, dans la syphilis secondaire, il est formellement indiqué en maintes circonstances. Il trouve son opportunité pendant toute la durée de l'infection, chaque fois qu'il y a, soit comme forme et processus de la lésion, soit comme date de son apparition, quelqu'indice positif ou même simplement quelque velléité de ce qu'on doit entendre par tertiarisme dans la plus large acception de ce mot.

Ainsi, il est indiqué dans l'accident primitif

Eh bien, la fameuse loi sur l'exercice de la médecine, la loi du 30 novembre 1892 suit tout doucement la pente de l'oubli... ça n'a pas été long !

Voyons, cette loi est exécutoire depuis novembre 1893, quel a été l'effet produit jusqu'à ce jour ?

Le rebouteur, dont la spécialité consiste à courir, de village en village, de foire en foire, à seule fin d'estropier les imbéciles qui l'honorent de leur confiance, est-il revenu à son premier métier de gardeur de cochons ?

Monsieur le curé qui, sans l'avoir jamais étudiée, « *s'entend en médecine* », par don du Saint-Esprit probablement, a-t-il cessé de médicamenter ses paroissiens ?

Nos bonnes sœurs ne continuent-elles plus à droguer les malades ? Ont-elles fermé, à triple tour, la porte de leurs pharmacies ?

Madame Estella, Flora, Paquita, etc., la somnambule extra-lucide, la célébrité égyptienne ou patagonaise, la seule élève de Mlle Lenormand, découvre-t-elle toujours par magie, les affections des mortels et les remèdes propres à guérir ces affections, ou se contente-t-elle de soigner, et découvrir désormais son pot-au-feu ?

Cet infect exploiteur, charlatan éhonté a-t-il cessé d'annoncer à la quatrième, voire à la première page des journaux qu'il guérit tous les maux possibles ?

Est-ce de l'exercice illégal de la médecine tout cela ?

Le parquet ignore ces faits.....

Qu'un de mes lecteurs, fasse paraître demain dans une feuille publique quelconque une annonce ainsi conçue :

« Le Dr X. prévient le public qu'il tient à sa
« disposition, moyennant le prix de 0,50 le kilo-
« gramme un stock d'excellent tabac de Mary-
« land..... »

Quarante-huit heures après, il saura me dire l'effet produit par sa réclame !

Franchement il faudrait en finir une bonne fois avec les lois *pour de rire* ! Mieux vaudrait ne pas les édicter ; mieux vaudrait ne pas les faire que de les voir, une fois adoptées, tomber en désuétude, vilipender, mépriser.

Que vous en semble ?

Dr A. Barry.

---

lui-même, quand sa sclérose est volumineuse et ressemble à une gomme, quand il devient ulcéreux, et à plus forte raison, phagédénique.

Dans tous les troubles constitutionnels de la phase secondaire, dans la cachexie initiale, il est tout aussi efficace que dans les phénomènes morbides du même ordre qui appartiennent à la phase tertiaire de la maladie.

« On le donne tantôt à des doses trop faibles, tantôt à des doses exagérées : il y a une dose moyenne, qui d'après M. Mauriac, doit être de 2 grammes pour les hommes et 1 gramme pour les femmes, quotidiennement. Si on descend au-dessous, les résultats thérapeutiques sont équivoques, insuffisants ou tout à fait nuls. Et, chose curieuse, c'est qu'avec ces petites doses, loin d'éviter des troubles physiologiques que l'iodure produit chez beaucoup de personnes, on les voit survenir quelquefois avec une violence que ne donnent pas les doses massives du médicament.

En doublant la dose minima dans les deux sexes, on ne sort pas de la moyenne courante. En la triplant, et à plus forte raison, en la quadruplant, on entre dans les *doses intensives* qui consistent à prescrire d'emblée, quotidiennement, 4 à 5 grammes pour en arriver à 10 ou 12 et même plus.

« Ce qui nous porte à donner souvent de fortes doses d'iodure, c'est la crainte de rester au-dessous de ce que nous attendons. C'est, en outre, l'urgence des cas, leur gravité, sans compter notre incertitude au sujet des limites où il donne le maximum de son action curative. »

« En nous fondant sur ce que nous enseigne l'expérience à cet égard, le maximum des doses intensives est de 8 à 12 gr. environ. Il n'y a aucun bénéfice réel à le dépasser, sauf peut-être dans les cas désespérés, où il faut tout tenter, afin de n'avoir rien à se reprocher. Et encore en pareille occurrence, est-il bon de tâter le terrain, car si les doses massives sont en général bien tolérées par l'organisme et ne l'entraînent dans aucune voie dangereuse d'intoxication, comme le mercure, elles dépriment quelquefois le système nerveux et fatiguent les voies digestives. »

En tout cas, avec l'iodure, il vaut mieux pécher par excès que par défaut.

Quant au mode d'administration de l'iodure, le meilleur est celui de la voie stomacale.

Sans doute, si l'estomac ne le tolère pas, ce qui est rare, on est obligé d'avoir recours à un autre mode d'introduction dans l'organisme. Celui qui est le plus pratique, quoique bien défectueux, c'est le *procédé par lavements* : 3 ou 4 grammes d'iodure dissous dans 300 grammes d'eau, avec addition de quelques gouttes de laudanum, pour apaiser l'irritabilité du liquide qu'on injectera doucement dans le rectum après l'avoir préalablement nettoyé au moyen d'un lavement simple. Le lait est un véhicule qui fait encore mieux tolérer l'iodure.

On ne fera pas prendre une trop grande quantité d'iodure à la fois. Il y a grand avantage, comme pour le mercure, à fractionner par doses de 1 ou 2 grammes, prises à des intervalles aussi longs que possible. On choisira l'heure des repas, parce que le médicament est beaucoup mieux toléré, quand on l'avale immédiatement avant de manger. A jeun, il fatigue ou irrite l'estomac. Il y a des personnes qui aiment mieux le prendre pendant les repas ou à la fin, dans des vins de dessert, dans du vin de quinquina ou du café, ou même mélangé à toutes leurs boissons, etc. En le donnant à la fin des repas et pendant la digestion, on évite son contact avec la muqueuse et son absorption trop rapide.

Quant au meilleur véhicule, rappelons la formule préférée du professeur Fournier :

Sirop simple...........	350 gr.
Anisette de Bordeaux..	150 gr.
Iodure de potassium...	25 gr.

Une cuillerée à soupe de cette préparation représente juste *un* gramme d'iodure.

MÉDECINE PRATIQUE

Bien que fort banale en apparence, la question des céphalalgies mérite d'arrêter quelques instants notre attention. C'est une étude fort complexe et assez étendue, qui nécessiterait peut-être un plus grand cadre. Aussi nous pardonnera-t-on d'écourter certains chapitres pour pouvoir donner une vue d'ensemble des divers côtés intéressants de la question.

Les céphalalgies.

Y a-t-il malheureusement rien de plus vulgaire et de plus fréquent que le mal de tête, la céphalalgie ? Y a-t-il, par contre, affection dont la cause échappe plus souvent, au malade d'abord et au médecin ensuite ? Les progrès étonnants de la thérapeutique viennent pour ainsi dire encore encourager l'ignorance et l'insouciance des personnes, qui se laissent prendre aux panacées. Aujourd'hui, c'est fort simple : « vous avez mal à la tête ? » nul besoin du médecin, le premier venu saura vous dire : « Prenez donc de l'*antipyrine*. » Beaucoup sont guéris en effet par l'antipyrine, mais n'est-ce pas là une thérapeutique de hasard et d'empirisme ? Un homme sérieux, et à plus forte raison, un médecin, doit chercher à faire mieux que cela. La céphalalgie est un symptôme ; or, on ne doit faire de la thérapeutique symptomatique qu'en dernier ressort, alors qu'on reconnaît n'avoir pu pénétrer la cause de ce symptôme.

En dehors du tact médical nécessaire pour savoir graduer les doses d'un médicament reconnu efficace, suivant le tempérament de chaque malade, il faut principalement s'habituer à étudier à fond les choses et à ne conseiller un traitement qu'après avoir mûrement réfléchi aux circonstances étiologiques.

Prenons un exemple : Une personne a de la céphalalgie, à la suite de surmenages intellectuels ; l'antipyrine, convenablement administrée, amène la disparition presqu'instantanée du mal de tête. Or, si vous ne savez pas que la cause de ce mal de tête est le surmenage, vous laisserez le malade exposé aux mêmes causes morbides et le mal reviendra bientôt. Allez-vous le saturer chaque jour d'antipyrine ? cela pourrait avoir à la longue de graves inconvénients pour l'estomac, les nerfs, etc.

Ce qu'il faut, c'est donc, en présence d'une céphalalgie quelconque, arriver à établir sûrement l'origine première de cette céphalalgie.

Nous classerons les causes des céphalalgies en cinq groupes principaux afin de donner plus de clarté à notre étude :

1° *Les céphalalgies nerveuses ou névralgiques.*
2° *Les céphalalgies par lésions encéphaliques.*
3° *Les céphalalgies gastriques.*
4° *Les céphalalgies diathésiques, arthritiques, syphilitiques, etc.*
5° *Les céphalalgies par lésions des os ou des cavités crânio-faciales.*

I

CÉPHALALGIES NERVEUSES.

De beaucoup les plus fréquentes, ces céphalalgies se rencontrent plus particulièrement chez les jeunes sujets et surtout chez les femmes.

Dans cette catégorie, nous faisons rentrer les *céphalalgies par surmenage*, les *céphalalgies des chloro-anémiques*, et les *céphalalgies de croissance*. En dehors de la sensibilité exagérée du système nerveux de certaines personnes, principalement des femmes, une foule de causes peuvent provoquer la céphalalgie ; en première ligne, le froid, ou au contraire la grande chaleur ; puis, les contusions récentes, les chutes sur le front ou le vertex, les commotions violentes par chute sur les talons ou sur le dos, les émotions brutales, les chagrins ou les joies intenses, les bruits très violents, les odeurs fortes, principalement les parfums et les fleurs, l'attention soutenue à un spectacle, ou dans un musée, ou pendant une lecture, un discours ou une leçon, en un mot *toutes les formes du surmenage des sens, et de l'intelligence, tous les accidents* qui provoquent une exagération momentanée ou prolongée de la circulation encéphalique et par suite une suractivité nerveuse, peuvent suffire à provoquer la céphalalgie.

Suivant la susceptibilité idiosyncrasique, ces différentes causes ne provoquent rien d'apparent, ou au contraire amènent des douleurs plus ou moins tenaces, d'une durée de quelques heures à douze ou vingt-quatre heures, le plus habituellement lancinantes, térébrantes, exagérées par les secousses de la tête ou le moindre choc extérieur, s'accompagnant de sensations de lourdeur extrême, et se calmant un peu lorsque la tête est appuyée sur un support quelconque (coussins, dossier, ou simplement dans les mains du patient).

L'insomnie, les rêves, le réveil trop brusque ou au contraire un sommeil trop prolongé, sont encore des causes fréquentes de céphalalgie nerveuse, qu'il est bon de se rappeler quand on cherche l'origine d'une céphalalgie. Chez les sujets anémiques et particulièrement chez les jeunes femmes chlorotiques, les céphalalgies sont généralement fréquentes et tenaces ; l'anémie cérébrale est ici la cause de l'hyperexcitabilité de la substance nerveuse. Pendant la croissance, de 10 à 18 ans, particulièrement, les adolescents sont sujets aussi à des céphalalgies persistantes, qui sont dues à l'anémie cérébrale.

En dehors de tout surmenage intellectuel, on voit ainsi de nombreux élèves de pensions ou de collèges, sujets à ces céphalées de croissance, bien décrites par MM. *Sée* et *Comby*.

Enfin, nous plaçons encore dans les céphalalgies nerveuses, les *céphalalgies fébriles*, que produit toute fièvre par l'exagération brusque de la circulation sanguine cérébrale. Les fièvres éruptives, l'érysipèle de la face, la grippe, sont parmi les affections fébriles, celles qui donnent lieu le plus souvent à ces céphalalgies intenses.

Traitement. — Contre tout ce groupe de céphalalgies, on doit employer les médicaments exclusivement *nervins* ; c'est seulement, quand, par un examen sûr, on est arrivé à la conviction que le cas est de nature purement nerveuse, qu'on peut donner libre cours à la thérapeutique névrotropique. Dans cette catégorie de médicaments, on peut choisir :

1° *L'antipyrine ou analgésine*, la plus active des substances de ce genre. On doit la donner par prises de 0,50 centigrammes, contenus dans un cachet ou dissous dans l'eau légèrement aromatisée d'anisette ou de menthe. Une demi-heure après, nouvelle prise, et ainsi de suite, jusqu'à disparition complète de la céphalalgie. Il ne faut pas cependant dépasser 2 à 3 grammes ; le plus souvent un gramme suffit. A la longue, l'organisme s'habitue à l'antipyrine, et pour les personnes qui font une consommation abondante et quotidienne de ce médicament, il n'est pas prouvé, vu le peu d'années d'expérimentation que l'emmagasinement ne se fasse pas dans tel ou tel organe et qu'en un mot, malgré sa faible toxicité, l'antipyrine ne détermine pas, dans la suite, des accidents chroniques. Pour le moment, on sait qu'elle n'est pas supportée par certaines personnes, chez qui elle provoque des nausées, des vomissements et, quoique rarement, des éruptions rubéoliformes généralisées, voire même du collapsus.

2° *La phénacétine*, à la dose de 0,90 centigrammes à 1 gramme en 24 heures, par prises de 0,30 centigrammes en cachets, peut avantageusement remplacer l'antipyrine.

3° *L'exalgine*, d'un emploi un peu délicat, doit être maniée à doses faibles, de 0,20 à 0,30 centigrammes, sans dépasser 0,50 centigrammes en 24 heures.

4° *L'antifébrine*, à la dose de 0,50 c. g. à 1 gr.

5° *La quinine* (bromhydrate ou sulfate), seule ou associée à l'antipyrine ou à la phénacétine, à la dose de 0,25 cg., 0,50 centig. à 1 gramme, en deux ou trois prises.

6° *L'aconitine amorphe* ou le *nitrate d'aconitine*, dont l'action est parfois merveilleuse, mais qui est fort dangereuse à manier. Il est important d'en faire préparer une solution titrée, du genre de celle de M. Petit pour le traitement de l'érysipèle : L'azotate d'aconitine est dissous dans un mélange d'eau distillée, de glycérine et d'alcool ayant exactement la densité de l'eau distillée, de telle façon que 1 gramme, 1 c.c ou 30 gouttes de la solution contiennent exactement 1 milligramme. On peut ainsi employer l'azotate d'aconitine à la dose d'un trentième de milligramme pour une goutte.

7° Les moyens externes, *crayons de menthol*, compresses *d'eau froide, de chloroforme, d'eau sédative, d'éther, l'électricité galvanique* et le *pinceau électrique* de Duchêne, de Boulogne, les *pulvérisations de chlorure d'éthyle, le stypage* avec des tampons chloro-méthylés, sont plutôt des adjuvants que des traitements réels ; ils échouent d'ailleurs souvent.

A part ces moyens d'intervention immédiate, le médecin ne doit pas oublier de traiter l'état

général anémique et nerveux par *le fer* et *l'hydrothérapie* sagement appliquée ; ce sera le meilleur moyen de diminuer l'intensité des crises et d'en prévenir même le retour dans la suite. Pendant une dizaine de jours, chaque mois, on peut prescrire aussi le *bromure de potassium* à la dose de 2 à 3 gr. par jour, au moment du coucher et le *protoxalate ou le citrate de fer* avant les repas. N'oublions pas enfin les moyens, dits de famille, les *pédiluves sinapisés chauds* et les *frictions des tempes* avec des liniments laudanisés ou chloroformés qu'il ne faut pas toujours négliger, au moins au point de vue suggestif.

II

CÉPHALALGIES PAR LÉSIONS ENCÉPHALIQUES.

Jusqu'ici nous avons envisagé les céphalalgies produites par un excès d'influx nerveux ou par une hyperexcitabilité nerveuse ; mais ce n'est là qu'une altération et une déviation purement physiologique, sans substratum anatomique. Nous arrivons à la classe des céphalalgies dues à des lésions de l'encéphale, cerveau, cervelet, protubérance ou bulbe. Les causes sont peu nombreuses ; mais particulièrement difficiles à diagnostiquer. Elles sont de trois sortes : les *inflammations des méninges*, méningites simples, cérébro-spinales ou tuberculeuses, chroniques, pachyméningites alcooliques ou autres, les *abcès cérébraux* ou *cérébelleux*, et les *tumeurs, tubercules, syphilomes, gliomes, carcinomes, sarcomes*, et les *kystes*.

Dans tous ces cas, la céphalalgie a un caractère spécial, elle est d'une *intensité* extraordinaire, surtout dans les *méningites* ; elle s'accompagne de *vomissements* fréquents et faciles, ainsi que de *constipation* ; il est rare que des phénomènes de compression cérébrale ou mésocéphalique, ne viennent pas se surajouter aux phénomènes douloureux. Enfin la fièvre très intense et le délire violent produit par les abcès cérébraux permettent généralement d'entrevoir la gravité de ces céphalalgies. Il est bon d'examiner soigneusement les différents territoires des nerfs crâniens dans le cas de céphalalgie violente avec paralysie faciale, par exemple. Cette paralysie peut, quoiqu'accompagnée d'un mal de tête violent, n'être pas due à une compression intra-crânienne et avoir son origine dans les filets extérieurs du facial, tout comme la céphalalgie qui l'accompagne peut être nerveuse et avoir été produite par le froid. Nous rappellerons que les principaux éléments du diagnostic sont l'absence de la paralysie des membres, l'abolition des réflexes, la perte de la contractilité faradique, et le retard de la réaction à la pilocarpine, du côté malade dans le cas de paralysie périphérique, par conséquent sans lésions encéphaliques.

Le sommeil est généralement impossible, car la céphalée ne se calme pas sur l'oreiller et les douleurs sont égales nuit et jour.

TRAITEMENT. — Contre ces céphalalgies, allons-nous donner l'antipyrine ? Certes non ; elle ne peut produire que du mal ; elle est impuissante à calmer quoi que ce soit et elle peut augmenter les vomissements. Ici, plus de médicaments nervins. Il y a une lésion qu'il faut détruire ou au moins pallier. Pour les méningites, on obtient quelques bons résultats des *applications permanentes de vessies de glace* sur la tête ; pour les abcès, il faut chercher à en préciser le siège et les ouvrir par la *trépanation*, dès que cela est possible ; pour les tumeurs syphilitiques, l'*iodure de potassium* doit être administré à la dose de 8 ou 10 grammes par jour et accompagné de frictions hydrargyriques ou de biiodure de mercure à l'intérieur (0,03 ou 0,04 centigrammes par jour). Contre les kystes, on peut quelquefois appliquer le trépan, ainsi que contre les gliomes ; contre les tubercules et les sarcomes, rien ne peut être tenté avec efficacité ; il ne reste que la *morphine*, les *sangsues* et la *glace*.

III

CÉPHALALGIES GASTRIQUES.

Extrêmement fréquentes, ces formes de céphalalgies peuvent être, suivant nous, comprises comme des céphalalgies toxiques. Par ses digestions pénibles ou insuffisantes, l'estomac envoie dans la circulation des toxines ou ptomaïnes, qui produisent une altération ou une déviation du fonctionnement nerveux encéphalique. Quoi qu'il en soit de la pathogénie, le fait est réel et connu. L'*embarras gastrique*, la *gastrite simple*, la *dilatation gastrique* surtout donnent lieu à de la céphalalgie fort pénible et fort tenace. Chez les *dyspeptiques* en général, la céphalalgie est si fréquente qu'elle est presqu'un symptôme. Enfin chez les chloro-dyspeptiques, deux causes se surajoutent, l'anémie et la dyspepsie, et la céphalalgie à la fois nerveuse et gastrique est encore plus persistante et plus difficilement curable. Il en est de même de la céphalalgie de surmenage ; comme le surmenage intellectuel amène fréquemment de la dyspepsie, la céphalalgie se trouve augmentée d'autant (cause nerveuse et cause gastrique).

TRAITEMENT. — Dans ces céphalalgies gastriques, l'antipyrine est encore contre-indiquée, à moins de l'administrer par la voie hypodermique, ce qui ne nous paraît pas bien pratique. Dans l'estomac, elle provoque des éructations, des nausées, des vomissements ; elle exagère donc la dyspepsie. La quinine serait encore plus funeste.

Ici encore pas de médicaments nervins. Il faut rétablir l'équilibre dans le tube digestif. Une *purgation saline* ou même un *éméto-cathartique* est le premier moyen à appliquer. Puis, on doit prescrire un *régime alimentaire* sévère, de façon à éviter le plus possible, les fermentations abondantes et les digestions longues, les *eaux minérales alcalines faibles* et enfin les antiseptiques intestinaux, *charbon, benzonaphtol et poudre de noix vomique*. L'*exercice* après les repas est nécessaire, ainsi que la *régularité dans les heures* de repas ; les *mastications soignées*, enfin la *suppression de toute habitude de lecture pendant les repas*, doivent être imposées comme indispensables.

IV

CÉPHALALGIES DIATHÉSIQUES. — ATHÉROME. — SYPHILIS. — PALUDISME. — ARTHRITISME.

Céphalée goutteuse. — Les goutteux ou arthritiques ont fréquemment de la céphalalgie ; chez eux, elle affecte même généralement le type d'une névrose, l'*hémicrânie* ou *migraine*. Très

proche parente, au moins comme allures, de la céphalalgie nerveuse, la migraine est variable d'intensité et de durée suivant les individus. Généralement limitée à un seul côté du crâne, la migraine peut fort bien atteindre les deux côtés, elle s'accompagne de frissons, de nausées, de vomissements et de décharges uriques, plus ou moins abondantes dans les urines. Parfois la céphalée goutteuse est moins intense, mais elle n'en est pas moins pénible et désespérément tenace après chaque repas particulièrement.

Qu'y a-t-il à faire? doit-on encore essayer l'*antipyrine*? Non, car elle augmenterait l'état nauséeux.

L'*aconitine* est encore la meilleure substance à employer pendant l'accès douloureux, si l'on ne peut absolument pas se mettre au lit. Sinon, le mieux est de se coucher, et de se faire faire une piqûre de *morphine*. La *phénacétine*, à la dose de 1 gramme en 4 prises est aussi fort efficace dans bon nombre de cas.

Enfin le *salicylate de soude*, à la dose de 6 grammes en 3 cachets administrés d'heure en heure donne parfois des succès inespérés ; il ne faut pas l'oublier, quand on a échoué avec d'autres médicaments.

Dans l'intervalle des accès, un régime sévère doit être imposé : *nourriture légère*, eaux alcalines faibles et lithinées, *benzolithine*, *piperazine*, *salipyrine* doivent être prescrites pendant une période régulière de 10 ou 15 jours tous les 2 mois ; enfin l'*hydrothérapie chaude et sudorifique* est particulièrement indiquée, à condition d'être continuée avec persévérance.

Céphalée athéromateuse. — Les artério-scléreux ont facilement mal à la tête et la pathogénie de leur mal est même assez complexe. Aux congestions localisées que produit le durcissement et le défaut d'élasticité des artères cérébrales, il faut joindre les toxines et ptomaïnes qui circulent continuellement dans le sang faute d'un drainage rénal convenable. L'athérome agit sur place dans l'encéphale ; il agit aussi sur le cerveau par répercussion en provoquant une sorte d'urémie, de toxémie chronique due à l'insuffisante dépuration rénale.

L'albuminurie, les signes d'artério-sclérose temporale, radiale, aortique, oculaire, sont les principaux points qu'il faudra constater avant de prononcer le diagnostic de céphalée athéromateuse.

Contre cette forme de mal de tête, avouons encore l'impuissance de l'antipyrine. Ici c'est le triomphe des *pédiluves sinapisés*, *des sangsues*, *des saignées* et *des purgatifs drastiques*. Le *régime lacté absolu* s'impose pendant une quinzaine de jours et on doit lui adjoindre l'*antisepsie intestinale (charbon) benzonaphtol*. Enfin dans l'intervalle des périodes où l'on applique le régime lacté absolu, il faut prescrire l'*iodure de potassium* à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme par jour ; l'emploi de ce médicament doit être prolongé des années avec des intervalles de repos de 10 à 15 jours tous les deux mois.

Céphalée syphilitique. — En dehors des douleurs terribles de tête provoquées par la néoplasie syphilitique tertiaire, il existe dès la période primaire et surtout pendant la période secondaire des maux de tête extrêmement tenaces et assez violents. La pathogénie n'en est guère élucidée; peut-être, y a-t-il un peu de méningo-encéphalite syphilitique, ou simplement névralgie spécifique ; toujours est-il que si, par un interrogatoire minutieux d'une personne qui se plaint de violents maux de tête, ayant un caractère continu et s'exaspérant *surtout la nuit*, si, dis-je, on constate des lésions pharyngiennes, ou une roséole légère en même temps qu'une chute des cheveux fort abondante, on sera assuré qu'il s'agit de syphilis secondaire.

Donc ici, encore, point d'antipyrine ; ce serait perdre un temps précieux ; il faut un traitement spécifique intensif, *frictions d'onguent napolitain*, *injections sous-cutanées de calomel*, et *pilules de protoiodure*. Voilà ce qui guérira la céphalalgie. En attendant l'action de cette médication, on utilisera les compresses froides et le *chloral ou la morphine* à l'intérieur.

Céphalée paludique. — Les personnes qui ont eu des accidents de paludisme chronique ou aigu, et même celles qui ont habité des régions où règne la malaria, sans avoir été atteintes par cette maladie, en apparence du moins, sont sujettes à de graves céphalalgies, qui peuvent se prolonger pendant plusieurs jours.

Il est rare que ces maux de tête n'aient pas un caractère intermittent régulier, revenant par exemple tous les soirs à la même heure. Si l'on ne trouve pas dans les causes extérieures la raison de ce retour périodique aux mêmes heures, et si la personne est plus ou moins notoirement paludique, il ne faut pas hésiter à essayer la *quinine* (bromhydrate ou sulfate) à dose élevée : la question sera vite jugée, puisque la quinine guérit presque toujours n'importe quelle manifestation malarique. Dans l'intervalle des accès il faut donner de l'*arsenic* (*liqueur de Fowler*).

V

CÉPHALALGIES PAR LÉSIONS DES OS OU DES CAVITÉS DE LA FACE.

Bien qu'en apparence fort différents des céphalalgies ordinaires, les maux de tête produits par les abcès dentaires, par les périostites maxillaires ou temporales, par les sinusites, par les suppurations auriculaires, mastoïdiennes, orbitaires, etc., par toutes les plaies ou fractures crânio-faciales, n'ont pas par eux-mêmes de caractères bien spéciaux. Ce que l'on peut dire, c'est que dans bien des cas, il suffit d'y regarder ou d'interroger le malade sur les différents accidents qui peuvent accompagner sa céphalalgie : coryza, otite, conjonctivite, odontalgie.

L'exploration manuelle directe confirme la plupart du temps le diagnostic de ces lésions ; encore faut-il penser à faire sommairement au moins ces recherches chez toute personne qui se plaint de mal de tête.

N'oublions pas que certains métiers par l'intoxication chronique qu'ils produisent, sont des origines fréquentes de maux de tête (*saturnisme*, *hydrargyrisme*, *phosphorisme*). Ici, les phénomènes sont complexes ; il y a autant de *névrite toxique* que de lésions *osseuses nécrobiotiques* et tout tend évidemment à augmenter l'hyperexcitabilité nerveuse encéphalique.

L'antipyrine est-elle utile pour diminuer la céphalalgie produite par les lésions osseuses ? Non, pas plus que tous les autres nervins. Il est évident que la douleur existera tant que la lésion

s'étendra et même durera. Ce qu'il faut, c'est traiter la lésion. En attendant les résultats du traitement, on peut avoir recours à quatre moyens assez efficaces que l'on varie au choix : *l'opium ou ses dérivés*, (pilules, morphine en injections) la *cocaïne*, le *chloroforme* et les *pulvérisations de chlorure d'éthyle* ou le stypage.

De ces quatre moyens, le moins fugace et en même temps le plus sûr est encore *l'opium*. Usons-en, mais provisoirement, en attendant que le traitement local ait fait son œuvre.

CONCLUSION.

Les céphalalgies ont des causes multiples et quelquefois même diamétralement opposées. A nous de les déceler, avant de prescrire aveuglément comme de vulgaires empiriques, *antipyrine* et *exalgine*. Beaucoup de céphalalgies n'en sont pas le moins du monde justiciables. Il est certain qu'il y a des hybridités, les céphalalgies pouvant être à la fois nerveuses et arthritiques, quelquefois même syphilitiques en même temps qu'anémiques et gastriques. A nous de rechercher la cause principale dominante, pour y parer d'abord, puis d'instituer une médication diététique appropriée au terrain arthritique ou nerveux, qui contribue à prolonger l'*affection douloureuse*.

Dr Paul Huguenin.

FAITS CLINIQUES

Fièvre typhoïde et résorption putride.

Depuis l'avènement de la grippe, la fièvre typhoïde est profondément modifiée ; les états infectieux se multiplient ; le diagnostic est faussé. La température subit des variations, embarrassant le praticien, qui ne se défie pas du « *latet anguis in herba* ». — Les grandes lignes thermométriques sont absolument bouleversées. — Les phénomènes thoraciques eux-mêmes (râles sibilants) dont l'apparition usuelle, au dixième jour de la pyrexie, est si caractéristique de la grande fièvre des pays tempérés, apparaissent dès le premier jour et se perpétuent dans tous les stades. Ils alternent avec l'action néfaste des résorptions intestinales, caractérisées par d'immenses frissons, dont la répercussion sur la plèvre, ou l'axe cérébro-spinal, nécessite les déterminations chirurgicales ou augmente la léthalité. — Nous allons rapporter trois cas, qui nous ont paru légitimer l'étonnement qu'il a produit, persuadés que l'appel que nous faisons aux observateurs ne demeurera pas sans écho.

Le premier cas de résorption que nous ayons rencontré, s'est affirmé, au quinzième jour de la pyrexie ; nous en avons déjà fait part aux lecteurs du *Concours* ; bourrelet hémorrhoïdal gangrené ; frissons violents quotidiens, résistant aux hautes doses de sulfate de quinine ; ramenés cependant par l'antisepsie intestinale, napthol, quinquina en poudre ; splénisation pulmonaire, pleurésie purulente, quatre thoracentèses, empyème, donnant issue à une masse considérable de pus ; guérison par une fistule thoracique ; terminaison par un procès encore pendant, pour le règlement des honoraires ; donc anomalie dans toutes les directions — dominée par la satisfaction profonde d'avoir doublé un cap morbide redoutable, — et d'avoir été utile à un ingrat, monnaie courante.

Le second cas nous a été fourni par un malade La Rochelle. Traité, au début, par un confrère, sous les espèces de la grippe, il nous arrive sous celles d'une fièvre continue ; la bouche est amère depuis le début; l'urine est profondément ictérique ; la fièvre appartient aux rémittentes ; le foie, légèrement engorgé, est indolore à la pression ; le thorax est net ; le facies calme, la température, 37 le matin, ne dépasse pas 38 et demi le soir ; l'intelligence est calme ; le ventre peu météorisé, la rate tuméfiée, la diarrhée nulle. Il n'y a ni grippe, ni atrophie aiguë du foie. C'est une rémittente bilieuse, d'ordre typhique. Nous prescrivons un vomitif, le lendemain un purgatif, 1/3 limonade Rogé à 60 gr. Le troisième jour frisson; le quatrième jour, malgré la quinine, 1 gr. ; frisson ; le cinquième et le sixième jours mêmes frissons.

Pronostic très mauvais ; la langue se sèche, le délire arrive ; où allons-nous ? Evidemment, c'est la mort ; le sulfate de quinine est vomi ; les aliments sont vomis ; le médecin ordinaire se retire ; *ars follax*— le Dr Tronchet lui succède et veut bien partager, avec nous, la responsabilité d'une fin presque inévitable. Devant l'ataxie qui s'accuse, malgré l'absence de l'hyperthermie, qui est loin d'être l'indication absolue, nous l'entourons d'un drap mouillé froid (méthode perturbatrice) ; sédation de deux heures ; le malade recouvre la connaissance. Le lendemain, bain froid de 10 minutes ; affaissement du pouls, retour de l'humidité linguale et d'une connaissance relative. Le soir délire furieux, grincement de dents, jactitation. Chute alternative des paupières, détermination méningée, miction, défécation involontaire, mort deux jours après. — L'urine est restée ictérique, pendant toute l'évolution morbide. Au lieu d'intéresser la plèvre, la résorption s'est déterminée sur les méninges et y a formé une nappe purulente ; d'où le décès.

Le troisième cas n'a rien à faire avec la résorption, mais c'est encore une forme bilieuse ; l'urine est couleur acajou, verte sur les bords, incontestablement ictérique ; l'œil ne fuit point la lumière ; la face est tirée, la pupille est un peu serrée, le ventre ballonné, il y a rétention d'urine ; la défécation s'effectue ; le thorax a des râles sibilants et un côté obscur ; le cou n'est pas raide et les mâchoires s'ouvrent aisément ; pas de raie méningitique ; vomissements bilieux au début, avec céphalalgie. Est-ce une méningite secondaire ? Est-ce une fièvre typhoïde bilieuse à forme méningée ? Ce n'est plus que de l'histoire naturelle ; la malade mourra de l'une ou de l'autre. Le ballonnement du ventre, le développement de la rate, l'invulnérabilité de l'œil à la lumière, l'absence de raie méningitique, la régularité du pouls, l'absence de soupirs et de respiration inégale, l'urine ictérique, la coexistence de cas semblables, chez des malades non tuberculeux, militent puissamment en faveur d'une pyrexie continue, chez une tuberculeuse, ayant frappé sur le « *locus minoris resistentiæ* » et ayant entraîné, par conséquent, une localisation cérébrale. A cette période (paralysie de la vessie) la médication ne pouvait être qu'impuissante et en effet, cinq jours après, la malade mourait, dans un coma irréductible....

Nous tirons, de ces trois faits, et de quelques autres, la conclusion que la *fièvre typhoïde perturbée*, est devenue plus infectieuse que jamais et que la coalition du microbe de l'une et du microbe de l'autre (grippe et dothiénentérie) augmente singulièrement la virulence de l'état hybride qui en résulte.

Dr G. Reignier (de Surgères).

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des péricardites aiguës.

C'est un peu arbitrairement qu'on disjoint le traitement de la péricardite aiguë de celui de l'endocardite ; car il est habituel que les deux séreuses du cœur soient prises en même temps. Cependant, outre les moyens communs aux deux, il en est de spéciaux pour l'inflammation du péricarde. Je crois les révulsifs beaucoup plus puissants contre la péricardite que contre l'endocardite ; je pense aussi que l'énergie du traitement peut arrêter la péricardite dans ses premières étapes, c'est-à-dire quand il n'y a que des frottements ou un épanchement fibrino-séreux peu abondant. Donc, dès l'apparition des premiers signes de péricardite sèche, on fera bien d'appliquer immédiatement des ventouses scarifiées et des ventouses sèches.

Si au bout de 24 heures les signes augmentent, il y a indication à l'emploi de la vessie de glace, surtout s'il y a endocardite concomitante.

Vient-on à constater que l'épanchement augmente dans le péricarde (disparition du choc de la pointe et de tout bruit, dyspnée extrême et cyanose du visage, dysphagie), on ne doit pas hésiter à faire, après stérilisation convenable de la peau et avec l'aiguille de Dieulafoy bien aseptique, la *ponction du péricarde* au lieu d'élection.

Lorsqu'après résorption ou extraction du liquide reparaissent les gros frottements, il faut se préoccuper de prévenir, s'il est possible, l'organisation définitive des exsudats péricardiques, car la symphyse du péricarde est de la plus grave conséquence pour l'avenir du cœur ; ici encore je crois à l'utilité d'une révulsion méthodique et longtemps continuée par les vésicatoires volants et les pointes de feu.

Il sera logique d'administrer en même temps les iodures alcalins auxquels on s'accorde à reconnaître quelque utilité pour empêcher le passage du tissu conjonctif embryonnaire à l'état fibreux.

Dans la péricardite l'usage des médicaments proprement toniques du cœur trouve sa place, qu'il y ait ou non endocardite : digitale, caféine, etc. On ne peut refuser à la *médication diurétique* (nitrate de potasse, scille, lactose, etc.) et aux purgatifs drastiques, une place pour empêcher la formation d'épanchements plus abondants.

Formules de diurétiques :

Nitrate de potasse........	1 à 3 gr.
Acétate de potasse........	1 à 3 gr.
Sirop de groseilles........	30 gr.
Eau........................	100 à 120.

Teinture de scille........	0 gr. 50 à 3 gr.
Teinture de digitale......	III à X gouttes
Sirop de menthe........	20 gr.
Eau........................	100 gr.
Lactose....................	25 à 50 gr.
Tisane de chiendent ou de stigmates de maïs.	500 gr.

Péricardite suppurée.

En cas de péricardite suppurée, il est indiqué de faire l'incision franche et le drainage du péricarde dans le 4e espace intercostal. Le pronostic reste à peu près désespéré, mais sans l'intervention il est fatal.

P. Le Gendre.

(*Traité de thérapeutique infantile*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques à la campagne.

Un de nos confrères nous écrit de B...., le 10 juin 1894.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de venir solliciter vos conseils au sujet de la déclaration des maladies contagieuses.

Je me suis soumis à la loi et ai fait les déclarations. Or, j'ai affaire à de pauvres gens, peu intelligents, qui en tombent des nues, quand ils voient arriver le maire ou le garde-champêtre ; qui croient qu'on veut les mettre en prison et qui alors m'accusent hautement d'avoir dénoncé leur malade pour les effrayer ou les ennuyer. Dans une commune, même, un instituteur qui n'est pas de mes amis, va trouver les gens, leur disant que je n'agis ainsi que pour les ennuyer.

Tout cela en fin de compte indispose mes clients contre moi.

Du reste, dans ma campagne, les instructions préfectorales à ce sujet sont impraticables.

Que faut-il faire ? Faut-il purement et simplement ne plus rien déclarer, et en ce cas qu'est-ce que je risque ? Ou bien comment faut-il agir autrement ?

Pourrai-je prévenir le préfet du préjudice que l'état de choses peut me causer.

Veuillez agréer,

Dr D. (Allier).

Nous nous entretiendrons bientôt de vos doléances avec un des représentants de votre département. Ne vous préoccupez pas, outre mesure, de vos responsabilités et agissez selon votre conscience, en déclarant les maladies, lorsque vous en voyez la nécessité. Les réclamations contre l'application de la loi, sinon contre sa valeur réelle, sont unanimes et une solution ne peut manquer d'intervenir, quand on discutera la loi sur la *protection de la santé publique*.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal. — Un Syndicat partie civile.

A l'audience du 21 mai dernier, venait devant le tribunal de Parthenay l'affaire du sieur Jac-

ques Bouchet, âgé de 64 ans, cultivateur, demeurant à la Ferrière, inculpé d'exercice illégal de la médecine.

Pour la première fois, depuis la promulgation de la loi Chevandier, le Syndicat médical des Deux-Sèvres se portait partie civile. Il avait chargé de ses intérêts, Me Paul Mercier.

L'honorable avocat s'est acquitté de sa tâche avec une habileté toute particulière et pendant plus d'une heure il a tenu sous le charme le nombreux auditoire, qui se pressait dans la salle d'audience.

Il a montré, tout d'abord, l'économie de cette loi de 1893 sur l'exercice de la médecine : de cette loi qui est faite, non pas dans l'intérêt seul des médecins, mais dans l'intérêt de la santé publique, et qui, si elle donne aux médecins quelques droits, leur impose aussi de stricts devoirs.

Faisant un court exposé de la nécessité de la réglementation de la médecine, et des lois qui se sont succédées sur la matière ; montrant que le personnel médical offre à cette heure en France toutes les garanties de science et d'expérience nécessaires, il s'étonne de voir encore tant de *rebouteurs, renoueurs, sorciers* exercer leur fructueuse et dangereuse profession.

Si ces gens-là sont si nombreux, cela tient à l'ignorance superstitieuse des masses, et aussi, il faut le dire, à la tolérance trop grande qu'on a montrée jusqu'à ce jour vis-à-vis d'eux.

Me Paul Mercier examine ensuite les agissements du sieur Bouchet, et démontre que de nombreuses personnes, soignées par lui, sont restées infirmes, victime de sa maladresse ou de son ignorance.

Tous ces faits justifient suffisamment l'intervention des médecins, car ils leur causent un double préjudice, matériel et moral.

Matériel, cela s'explique : moral, car chaque médecin a intérêt à ce que sa profession honorable ne soit exercée que par des gens ayant acquis les connaissances nécessaires et présentant des garanties : et que supporter les rebouteurs, c'est porter une atteinte certaine au privilège que la loi a accordé, dans un intérêt général, aux médecins.

Examinant, enfin le *quantum* des dommages-intérêts, Me Paul Mercier supplie le tribunal de ne pas se montrer trop indulgent, et de ne pas faire que les poursuites en correctionnelle soient considérées, par les gens de cette espèce, comme la meilleure des réclames.

Dans une très chaleureuse péroraison, Me Mercier développe cette idée que les intérêts sociaux sont, en la circonstance, solidaires de ceux des médecins.

Le tribunal, faisant droit à ces conclusions, inflige 100 fr. d'amende au sieur Bouchet, et statuant sur la requête de la partie civile, le condamne à lui payer 50 francs de dommages-intérêts et à tous les frais du procès.

C'est là un précieux encouragement pour le Syndicat médical, qui arrivera, nous l'espérons, par son énergie et sa persévérance, à purger tout à fait notre département de ces rebouteux et sorciers si dangereux pour la santé de nos braves paysans.

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats.

Le Bureau de l'Union des Syndicats s'est réuni le 7 mai dernier pour examiner un certain nombre de questions figurant à l'ordre du jour.

Service militaire des étudiants.

A la suite des discussions soulevées à la Commission sénatoriale de l'armée, une démarche a été faite par MM. Cornil, Labbé et Lourties, sénateurs, près du Ministre de la guerre. Celui-ci a continué à opposer une certaine résistance aux revendications du Corps médical ; cependant il a consenti à examiner un projet de modification du service de santé, qui émanerait de l'initiative parlementaire.

Le Bureau de l'Union avait demandé à être entendu sur la même question par la Commission de la Chambre des Députés, mais le Président de cette commission, M. Mézières, pour des raisons spéciales, avait été d'avis que la démarche était inopportune.

Les circonstances étant plus favorables, une commission est nommée pour continuer les démarches commencées. Elle se compose de MM. Porson, de Fourmestraux, Lande, Cellier, Bouloumié, Picqué, Lédé, Kuhff. On demandera à un Sénateur et à un Député de vouloir bien s'adjoindre à cette commission.

Une demande des anciens Internes des hôpitaux tendant à créer un vaste pétitionnement, en faveur d'un sursis d'appel, jusqu'à 28 ans, pour les étudiants en médecine, est renvoyée à la commission qui s'entendra d'une part avec M. Cornil, Président d'honneur de l'Union, de l'autre avec M. Brouardel, Président de l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris.

Assistance médicale.

Une Commission est chargée de présenter un projet d'organisation du service d'assistance, projet qui pourrait servir de modèle aux Syndicats médicaux,

Elle se compose de MM. Gibert, Mignen, Amodru, Pouliot, Le Blond, Carion, Lardier, Gassot, Gourichon et Meugy.

Exercice de la Médecine sur les Frontières.

En attendant que le comité d'hygiène ait transmis son avis au Ministère de l'Intérieur, le Bureau continuera à suivre attentivement la question.

Exercice de la Médecine.

Toutes les questions se rattachant à l'exercice de la médecine (exercice illégal, réclames, déclaration des maladies épidémiques, exercice de la médecine sur les frontières) seront confiées à l'examen d'une composition spéciale composée de MM. Laborde, Jubiot, Lécuyer, Blaizot, Duchesne, Gauthier (de Magny-en-Vexin), Ladmiral (d'Etiolle), Béclère, Birabeau, Lévêque-la-Croix.

Enregistrement des diplômes.

Sur la proposition de M. Jubiot, le Bureau rappelle l'obligation qu'ont les médecins de faire enregistrer leurs diplômes, sans frais, à la Préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement.

Il rappelle que l'omission de cette formalité est punie d'une amende de 25 à 100 francs.

REPORTAGE MÉDICAL

M. *Marcel Baudouin*, 14, boulevard Saint-Germain, propose aux *Internes de province* l'établissement d'une Association, d'un *Syndicat*, dont le siège serait à Paris. Il estime que les intérêts, si menacés, des internes de province, ont besoin d'être rigoureusement défendus. Nous sommes de cet avis et nous engageons nos lecteurs à envoyer leur adhésion au projet de M. M. *Baudouin*.

— *La Société médicale des hôpitaux* réunie en comité secret à l'issue de la séance de vendredi, a voté à l'unanimité un vœu réclamant le maintien du service de l'hôpital des Enfants Malades laissé vacant par la mort de M. Ollivier et que M. Peyron se propose de supprimer.

— Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter le projet de travaux à exécuter à l'hôpital de Berck-sur-Mer pour la construction d'un lazaret. La dépense, qui s'élève à 145.623 francs, comporte la construction de bâtiments pour le service des filles et des garçons et d'un dortoir de 20 lits.

— En Italie, au Congrès, les journalistes étrangers avaient été très frappés de ce fait que la presse médicale française était syndiquée. Aussi M. le Dr Laborde, un des membres de notre Association, avait-il eu les honneurs des séances dans lesquelles on discutait l'opportunité de la création d'un Comité international de la presse, en vue des futurs congrès et en vue des intérêts généraux du journalisme médical.

En Allemagne, les directeurs de la *Deutsche Medicinische Wochenschrift* sont en train d'organiser leur association de la presse médicale allemande, en Prusse, Autriche et Suisse, sur le modèle de celle qui a été créée chez nous en 1889, par MM. Cornil, de Ranse et le Directeur du *Concours médical*.

En ce moment, notre Association étudie les statuts et règlements d'un *Comité international*, par une de ses Commissions, présidée par M. Laborde.

— On annonce, pour le 3 septembre, l'inauguration à Bruyères (Vosges) du monument élevé à la mémoire de Villemin.

— *Dans l'armée* : Un médecin, rapporte l'*Union médicale*, a déployé un héroïsme, une abnégation à étonner même des soldats : « Vous serez proposé, en fin de campagne, mon cher Docteur; mais on ne peut *décemment* faire une proposition spéciale pour faits de guerre, quand il s'agit d'un médecin ! ». Et dire que ce haut militaire parlait dans la sincérité de son cœur ! Voilà pourquoi les demandes dictées par l'unique intérêt de nos armées sont repoussées avec la même inconscience ! C'est le flair spécial aux militaires, qui leur dicte leurs étranges déterminations.

Chantage au revolver. — Voilà un nouveau moyen de solder ses honoraires à un médecin, qui nous parait légèrement..... brigand :

Un journal politique raconte que le 25 mai à Montreuil-sur-Mer, le docteur Ménard, médecin en chef de l'hospice maritime de Berck, se présentait chez un sieur D... dont il soignait l'enfant depuis longtemps déjà. D... demanda au docteur d'acquitter sa note qu'il l'avait prié d'apporter. Cela fait, il la lui arracha des mains, disant qu'il ne paierait pas, car le docteur s'était déjà suffisamment payé en ayant des relations avec sa femme.

Puis, braquant un revolver sur le docteur, il intima à celui-ci l'ordre de signer trois billets de 5,000 francs chacun. Le docteur effrayé signa deux billets, puis sauta sur son agresseur, en essayant de le désarmer. Dans la lutte, le docteur reçut à la main, une balle de revolver, mais il parvint à fuir.

Le Parquet de Montreuil avisé a arrêté D...

L'affaire fait beaucoup de bruit dans la région.

Espérons que notre confrère obtiendra satisfaction et réparation.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3914. — M. le docteur PARAHY, de Perpignan (Pyrénées-Orientales), membre de l'Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

N° 3915. — M. le docteur DIFFERDANGE, de Vincennes (Seine), présenté par M. le docteur Chenier, de Vincennes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs DARD, de Custines (M.-et-M.); JAMET, de Chateauneuf-de-Bretagne (I.-et-V.); CORDON, de Clermont-Ferrand (P.-de-D.) et JAUBERT, de Périgueux (Dordogne), membres du Concours médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

LAURENT (Dr E.), ancien interne à l'infirmerie des prisons de Paris. — **L'Anthropologie criminelle** et les nouvelles théories du crime. In-8°. *Deuxième édition*. **5 fr.**

Ce volume a déjà fait son chemin et se recommande de lui-même. C'est un résumé très précis et très complet des idées et des recherches de chaque école ; en somme une œuvre de vulgarisation utile et attendue de tous ceux qui s'intéressent à ces passionnantes questions de sociologie. On y trouvera des chapitres nouveaux sur les causes d'irresponsabilité, sur la criminalité chez les animaux, etc.

L'ouvrage, édité avec le soin qu'apporte à toutes ses publications la Société mutuelle d'Éditions scientifiques, contient les portraits des criminalogistes français et étrangers les plus connus :

Paul Aubry, M. Benedikt, A. Bertillon, Dimitri Drill, Laschi, A. Guillot, H. Joly, A. Lacassagne, Emile Laurent, H. Coutagne, Liégeois, Semal, P. Brouardel, A. Bournet, Ladame, Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo et G. Tarde.

PAULIER (Dr ARMAND B.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Questions d'externat** (Manuel du candidat). **6 fr.**

Il faut posséder bien à fond son sujet et avoir une très grande habitude pour *résumer* deux questions orales en cinq minutes chacune, après cinq minutes de réflexion. Le Dr PAULIER a choisi parmi les sujets mis dans l'urne depuis vingt-cinq ans ceux qui ont été donnés le plus souvent et qui ont le plus de chance de revenir chaque année. L'élève possédant bien notre Guide, qui ne contient pas moins de **540** pages, est sûr de passer un brillant examen, puisque les questions y sont traitées telles qu'elles ont été posées par le jury et en tenant compte du délai prescrit.

MORAIN (Dr W.). — **Questions d'internat** (Manuel du candidat), publié sous la direction du Dr W. MORAIN, avec la collaboration d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 raisin de plus de 600 pages, cartonné à l'anglaise. **7 fr. 50.**

LATOUR (Dr). — **Examens de doctorat**. Questions posées par les examinateurs, recueillies par le Dr LA TOUR. 6 volumes in-18 raisin. Prix du volume. **1 fr. 25.**

PETIT (G.). — **Guide des travaux pratiques de Chimie** à l'Ecole de médecine de Paris. Prix. **1 fr. 50**; à l'Ecole de chimie organique. Prix. **1 fr. 50.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 25 23 Juin 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Sérothérapie de la diphtérie.

Behring est un des premiers auteurs, qui aient rendu pratique la méthode des injections de sérum d'un animal immunisé à un autre animal, dans le but de le rendre réfractaire à des doses mortelles de cultures microbiennes.

Or le sérum d'animaux immunisés contre la diphtérie peut être injecté à des enfants atteints de cette affection.

Bien que cette méthode n'ait pas donné, avec le sérum antitétanique, tout ce qu'il était logique d'en espérer, il est intéressant de suivre les efforts des auteurs, qui l'emploient contre la diphtérie. *Ehrlich*, *Kossel* et *Wassermann* viennent de publier récemment les résultats qu'ils ont obtenus sur 220 cas de diphtérie. Ils se sont servi du sérum de chèvres immunisées, or le lait de ces animaux contenait aussi les substances antitoxiques. Ces chèvres étaient tout d'abord rendues réfractaires au moyen de doses progressivement croissantes de cultures mortes de diphtérie.

Les expériences de ces auteurs ont prouvé que les résultats étaient d'autant meilleurs que les injections immunisantes étaient plus précoces. En effet, sur 220 enfants qu'ils traitèrent par les injections de sérum antitoxique, 67 étaient trachéotomisés. Chez ces derniers la mortalité fut de 44,9 p. 100. Sur les 153 autres, la mortalité ne fut que de 23,6 p. 100. 6 enfants traités dès le premier jour guérirent tous ; 66 enfants traités dès le second jour donnèrent 97 p. 100 de guérisons ; dans 23 cas traités à partir du cinquième jour, le chiffre des guérisons ne fut que de 56,5 p. 100.

Jamais, les injections immunisantes n'ont produit d'effet nuisible. Mais le point capital a paru être le suivant :

L'on pourra commencer le traitement assez tôt et proportionner la quantité de sérum antitoxique à la gravité de l'affection.

Traitement de la furonculose par la levure de bière.

M. le Dr *Debouzy*, de Wignehies (Nord), nous recommande une méthode qui a priori paraît purement empirique, mais qui peut s'expliquer scientifiquement par l'action des diastases et ferments solubles sur les cellules vivantes et en particulier sur certains microbes. Dans le Nord, les brasseurs se guérissent de la furonculose par l'ingestion de grosses doses de levure de bière.

Ce qui a frappé le plus M. Debouzy, c'est la rapidité d'action : un anthrax de la grosseur d'une petite pomme recouvert d'une peau violette amincie, perforée et prête à tomber en gangrène, a repris vie et s'est recollé, des clapiers nombreux pleins de pus de la dimension d'un sou ont guéri rapidement par résorption du pus ; tous les petits clous voisins ont pâli et guéri au bout de très peu de jours ; la douleur et la fièvre ont disparu dès les deux premiers jours.

Dans un autre cas, un abcès sous-cutané consécutif à un anthrax et datant de 15 jours sans amélioration s'est résorbé rapidement. Au bout de quelques jours de traitement (3 ou 4) il peut encore se former de nouveaux clous, mais ils avortent.

La levure de bière produit quelquefois dans l'estomac une fermentation alcoolique intense et durant plusieurs heures, donnant lieu à des éructations d'acide carbonique nombreuses, non désagréables, mais devenant fatigantes à la longue. M. Debouzy les a observées lui-même pen-

dant 4 heures après les repas. Le nombre des éructations avait été de plus d'une centaine.

La dose de la levure est de deux ou trois cuillerées à soupe délayées dans un verre de bière et prises pendant le repas. Le seul inconvénient, et cet inconvénient est rare, c'est la diarrhée. Le traitement doit durer 15 jours dans la furonculose à répétition.

Bien plus, la levure paraît avoir une certaine action sur le diabète sucré.

Quoi qu'il en soit, elle guérit les furoncles et les anthrax chez les diabétiques comme chez les autres.

Si de nombreux faits viennent confirmer ces observations, ce sera un appoint de grande valeur pour la théorie de M. *de Backer* sur l'influence des diastases et des ferments figurés dans les cultures microbiennes.

Nouveau procédé de stérilisation des fils à suture.

A l'une des dernières séances de l'Académie de Médecine, M. le Dr *Périer* a fait connaître un moyen de stérilisation des fils.

M. Répin a stérilisé du catgut par la vapeur d'alcool surchauffée jusqu'à 120 degrés. La stérilisation vérifiée expérimentalement est parfaite ; la conservation du fil est excellente.

Pour être certain que la stérilisation reste parfaite, les fils stérilisés sont conservés dans des tubes contenant un bouillon de culture. Si la stérilisation n'a pas été parfaite, le bouillon se trouble, et les fils contenus dans ce tube doivent être rejetés. Si le liquide reste limpide, on a la preuve matérielle que le contenu du tube est aseptique,

Quand on connaît les difficultés que rencontrent les commissions de l'Assistance publique, chargées de la réception des objets de pansement, il est facile de se rendre compte de l'avantage résultant pour elles de l'emploi systématique de ce procédé de contrôle.

Le nombre des étudiants à la Faculté de Médecine de Paris.

Il est une constatation désolante que nous ne pouvons nous défendre de faire avec la *Gazette des Hôpitaux* : la Faculté de Médecine de Paris voit s'augmenter tous les ans dans des proportions effrayantes le nombre des étudiants. Si cela est tout à son honneur, nous nous hâtons d'ajouter que cela est triste à un double point de vue. Le premier, c'est que l'encombrement de la profession, à Paris, surtout, n'est pas près de diminuer ; bien au contraire.

Le deuxième, c'est que la Faculté aussi est encombrée d'élèves et que le nombre des professeurs ne s'accroît pas proportionnellement aux élèves. Qu'on en juge par des chiffres :

Elèves ayant pris leur première inscription de 1883 à ce jour et nombre des examens subis pendant cette période.

Années scolaires.					
1883-1884	il y a eu	557 élèves		4126	examens subis
1884-1885	—	575	—	4529	—
1885-1886	—	384	—	3747	—
1886-1887	—	337	—	3782	—
1887-1888	—	404	—	4807	—
1888-1889	—	453	—	4923	—
1889-1890	—	441	—	4403	—
1890-1891	—	537	—	5073	—
1891-1892	—	515	—	5541	—
1892-1893	—	613	—	6392	— p. toute l'année.
1893-1894	il y a eu	719 élèves		4372	examens subis pour le 1er semestre seulement.

Et le nombre des professeurs, agrégés, chefs des travaux pratiques, prosecteurs, aides et préparateurs : environ **160** pour toute la Faculté

FEUILLETON

Questions et réponses

Le médecin doit-il aller dans le monde, faire partie d'un cercle ?

En dehors des obligations de famille ou d'intimité, de certains anniversaires et de circonstances solennelles, comme un mariage chez des amis, il a assurément intérêt à ne pas se prodiguer, à rester dans une sorte de nuage, à laisser croire qu'il est accaparé par ses occupations. — Les médecins vraiment en vogue ont la réputation d'être inabordables et à peu près invisibles ; il en résulte pour eux un véritable prestige. Agissez de façon à ce qu'on puisse supposer que vous êtes dans le même cas. — C'est pour cela que vous avez tout avantage à ne faire que de courtes et rares apparitions dans les cercles, les brasseries, et tous les lieux d'agglomération.

On est un peu noyé dans le tas, à Paris et dans les grandes villes ; les célibataires y sont nombreux et le salon du cercle remplace approximativement celui de la famille, pour ceux qui n'ont pas d'intérieur. — Une certaine latitude est donc admissible de ce côté ; mais il ne saurait en être de même pour les petits trous de province, où toutes les classes de la société se rencontrent dans la même salle malpropre et enfumée, aux consommations de qualité inférieure, où on discute ferme et haut, sans retenue, où on perd des heures entières à passer un bock à un voisin, à jouer le bezigue en cinq mille liés, etc.. La popularité qu'on peut gagner à retrouver, chaque jour, les mêmes épiciers prolixes, militaires retraités, marchands de bestiaux et noceurs de bas étage, devant le même jeu de cartes, n'est pas de bon aloi ; trop de familiarité est la conséquence de cette promiscuité et on y laisse toujours de ses plumes.

Doit-il se marier de bonne heure ?

Oui, en province, dans les petits endroits, c'est à peu près indispensable ; c'est une condition *sine quâ non*, pour être admis dans les familles et empêcher les cancans. C'est aussi une condition de bonheur, car la fusion des caractères se fait mieux, les angles aigus s'arrondissent plus facilement, lorsque l'habitude et le temps ne nous ont pas immobilisés et comme pétrifiés dans un cercle d'idées infranchissable.

Il est inutile, cependant, de trop se presser et d'accepter à l'aveuglette la première jouvencelle que les inévitables marieuses vous présente-

depuis plus de dix ans ; encore ne faut-il pas compter les professeurs en congé, remplacés par des agrégés, les chaires vacantes qu'on met un an à pourvoir d'un titulaire, etc.

Il nous semble qu'on ne peut refuser d'inscrire les étudiants qui se présentent, mais qu'on doit pourvoir dans la mesure du nécessaire à leur complète instruction. Si la Faculté reçoit de nombreux droits d'inscriptions et d'examens, c'est pour payer de nombreux professeurs.

« Il est de la dignité de notre Faculté d'augmenter son personnel enseignant, petit et grand, si elle veut rester à la hauteur de sa réputation, et d'en finir avec ces petites économies indignes d'elle. »

Emploi simultané du chloralose et de la morphine.

Le chloralose est un excellent hypnotique à condition d'être pris à petite dose. Or un excellent moyen de le rendre efficace sans donner de grosses doses, c'est de lui associer la morphine en injections sous-cutanées.

On obtient un sommeil facile et profond chez la plupart des malades, avec au réveil une sensation de bien-être, de repos et de force. On donne 0,05 à 0,10 centigr. de chloralose ; puis une demi-heure ou une heure après on fait une piqûre de morphine d'un quart ou de moitié d'une seringue de Pravaz de un centigramme d'une solution à 1/100e.

Avec ces doses très minimes, on obtient un sommeil facile ce que l'on n'obtient pas avec le chloralose à dose de 0,10, ou 0,20, ou avec 0.01 ou 0,02 centigrammes de morphine qui dans ce cas donne un réveil lent, pénible, prolongé.

CHIRURGIE PRATIQUE

Le cathétérisme de l'œsophage et de l'estomac.

M. le Dr *Bouveret*, de Lyon, dans son *Traité des maladies de l'estomac*, donne sur la technique de l'exploration de l'œsophage, d'intéressants détails que nous empruntons au journal de Lucas-Championnière :

Les instruments. — Comme explorateur de l'œsophage et du cardia, un bon instrument est une des bougies œsophagiennes de M. Bouchard. Ces bougies sont parfaitement lisses et moins rigides qu'une tige de baleine. Elles sont lourdes, ce qui est un avantage, car elles pénètrent plus aisément. Elles donnent des sensations suffisamment nettes à la main qui les conduit. Ce sont en même temps des instruments de traitement ; elles servent à la dilatation progressive des rétrécissements de l'œsophage et du cardia. Il y en a de différentes grosseurs ; il suffit d'en posséder trois ou quatre, dont celle du plus petit calibre. — Pour explorer l'œsophage et le cardia, on se sert également d'une tige de baleine à l'extrémité de laquelle peuvent être vissées des olives d'ivoire, de volume variable. Une autre bougie de baleine porte, à l'extrémité interne, une série de renflements olivaires superposés ; elle permet quelquefois de pénétrer dans un rétrécissement très serré. On fait encore usage de bougies ou de sondes de différents calibres, quelques-unes très petites, formées d'un tissu imprégné de diverses substances. Même comme instruments explorateurs, les sondes ont un avantage sur les bougies ; quand on a réussi à franchir un rétrécissement jusque-là infranchissable, elles permettent d'injecter des liquides alimentaires dans l'estomac.

---

ront. — Avec une précipitation intempestive, on court le risque d'être insuffisamment renseigné sur la santé, l'honorabilité, l'éducation, l'entourage et même la fortune de la jeune personne, qu'on garantit toujours comme ayant toutes les qualités. — Je ne puis m'expliquer que par une surprise, les accouplements disparates et monstrueux, qu'on constate si fréquemment. — N'est-ce pas extraordinaire de voir des gaillards robustes être accouplés à des créatures chétives. malingres et mal venues, toutes en clavicules et en tibias, alors que leurs études devraient leur avoir fait connaître les dangers d'une anatomie défectueuse, d'une constitution prématurément délabrée. — Un médecin devrait toujours prêcher d'exemple, ainsi que toute sa famille, et présenter les apparences d'une santé exubérante.

Arrangez-vous de façon à subir les épreuves matrimoniales avec des..... boules blanches !

Quant aux médecins, qui habitent Paris, ou une grande ville, ils ont plus de facilité pour attendre et faire un choix judicieux, où tout ce qu'on rêve en pareil cas se trouvera réuni. Et cependant, je les engage à franchir le Rubicon le plus tôt possible, pour peu qu'ils aient la bosse de la paternité, et à avoir des enfants sans délais regrettables, pour pouvoir présider à leur éducation jusqu'au bout.

Si vous avez réussi, vous devez être désireux que votre fils vous succède, afin de lui éviter les amertumes et les difficultés de vos débuts. Mais songez à quel âge cela vous porte, avant que le prince héritier ne puisse monter sur le trône paternel. — Pour peu que vous ayez perdu du temps, la moyenne de la vie (elle est peu élevée dans notre profession) sera vite dépassée. Il n'est pas dit non plus que les infirmités vous permettent de rester sur la brèche, jusqu'à ce que vous puissiez passer la main à votre rejeton. — Il y perdra certainement, si vous êtes obligé de prendre votre retraite avant qu'il ne soit apte à vous suppléer.

La direction paternelle est encore plus nécessaire dans les intérieurs modestes, où la disparition du père de famille marque toujours une décadence et un amoindrissement. — Ses conseils et ses ressources, quelque modestes qu'elles soient, pèseront d'un grand poids pour le choix d'une carrière et la réussite, qui doit couronner cette décision.

Mariez-vous donc avant ou vers la trentaine, et arrangez-vous, pour avoir deux ou trois enfants (c'est suffisant), le plus tôt possible.

Selon un vœu exprimé dans un journal, que je

Pour pénétrer dans l'estomac, les sondes dures sont aujourd'hui à peu près complètement abandonnées. Un grand progrès a été réalisé le jour où leur fut substituée la sonde de caoutchouc molle, construite sur le modèle de la sonde uréthrale de Nélaton. On se sert généralement de la sonde de M. Ewald et du tube de M. Faucher. Ce sont, en somme, des sondes de Nélaton de gros calibre et très longues. Elles sont assez souples pour ne pas blesser les parties molles, saines ou malades, qu'elles doivent traverser, mais assez fermes pour s'engager dans l'orifice pharyngo-œsophagien, parcourir l'œsophage et franchir le cardia. En France, l'usage du tube de M. Faucher est si répandu, qu'il est inutile de le décrire. Il convient très bien pour l'extraction des repas d'épreuve et l'insufflation de l'estomac, et il a l'avantage d'être un instrument de traitement, puisqu'il sert à pratiquer le lavage de la cavité gastrique. Je donne la préférence au tube de moyen calibre, d'un diamètre extérieur de 12 millimètres au moins, à parois assez épaisses, muni d'un seul trou latéral à une très faible distance de l'orifice terminal. C'est une erreur de croire que le tube est d'autant plus facile à introduire qu'il est de plus petit calibre. La sonde de M. Ewald est munie de plusieurs trous plus petits, placés en face du gros trou latéral. Je ne crois pas que ces orifices supplémentaires facilitent beaucoup l'extraction des liquides gastriques. — Le meilleur moyen de conserver longtemps un tube de Faucher consiste à s'en servir souvent, et quand on ne s'en sert pas, à le laisser suspendu à l'air libre. Je n'ai pas employé d'autre procédé de conservation pour différents tubes, dont je fais usage depuis plusieurs années et qui sont toujours en excellent état.

Il va sans dire que tous ces instruments doivent être parfaitement aseptiques. Avant et après toute exploration, on les trempe dans une solution d'acide borique, puis dans de l'eau chaude pendant cinq à dix minutes. On fait usage d'une sonde ou d'une bougie spéciale, si le malade est atteint de syphilis, de tuberculose ou de cancer.

Les indications et les contre-indications du cathétérisme de l'œsophage et de l'estomac. — Il y a lieu d'introduire une bougie exploratrice dans l'œsophage si les troubles de la déglutition autorisent à présumer qu'il y existe un rétrécissement. Il n'y a pas d'autres moyens d'être renseigné sur le siège et le degré d'une sténose de l'œsophage et du cardia. L'instrument explorateur peut également donner des indications sur l'existence et la situation d'un diverticule de l'œsophage. Telle est l'indication générale ; elle est parfois dominée par une contre-indication.

Quand il s'agit d'une affection gastrique, l'indication du cathétérisme doit être admise toutes les fois que les anamnestiques, les troubles fonctionnels et d'autres procédés d'exploration ne permettent pas d'établir le diagnostic avec assez de certitude. Or il en est souvent ainsi ; c'est une erreur de croire que les phénomènes subjectifs, même soigneusement analysés, suffisent pour reconnaître la plupart des états dyspeptiques. Les dyspepsies par excès de la sécrétion comptent parmi les affections gastriques dont les symptômes sont très caractéristiques. Cependant il m'est souvent arrivé de me tromper et de rectifier mon erreur par l'examen du chimisme stomacal. Dans bien des cas d'ulcère et de cancer, ce même examen rend certain et définitif un diagnostic qui jusque-là, n'était que probable.

Assurément, il y a des contre-indications à l'introduction d'une sonde dans l'œsophage ou l'estomac. Un peu de jugement suffit à les établir. En premier lieu, il est clair que cette exploration doit être évitée si elle n'est pas nécessaire au diagnostic. Il faut y renoncer, alors même qu'elle pourrait éclairer la nature de l'affection gastrique, si le patient présente l'une des conditions

---

viens de lire, je vous souhaite une femme jolie, sans le savoir, intelligente, sans trop le montrer et par-dessus tout aimable ; mais comme cela fait trop de choses à la fois ; je vous souhaite simplement de l'aimer beaucoup, cela tient lieu de tout ce qui peut manquer.

Doit-il assister à l'enterrement de ses clients ?

A moins de relations d'amitié ou de parenté, il vaut mieux qu'il s'abstienne. Sa présence peut réveiller des souvenirs pénibles, provoquer une certaine amertume. Même dans les cas où il s'est dévoué avec le plus grand zèle et la plus incontestable compétence, on est toujours disposé à penser qu'un autre aurait peut-être mieux fait, qu'il aurait retardé la catastrophe.

Et puis, votre vue peut évoquer par anticipation la perspective d'un règlement d'honoraires, ce qui n'a rien d'agréable, au moment où on vient de faire des sacrifices énormes pour procurer des funérailles convenables au défunt et où les héritiers songent avec effroi aux droits de succession, qu'ils auront à payer au fisc insatiable.

Doit-il faire ses visites en vélocipède ?

Un certain nombre de confrères ruraux ont utilisé ce moyen de locomotion ; mais il faut être jeune pour être, sans inconvénients, un fervent de la pédale et endosser les costumes appropriés que cet exercice comporte. Il est bien difficile, même pour les plus habiles, de ne pas être plus ou moins couvert de boue ou de poussière, après avoir parcouru un certain nombre de kilomètres. On arrive presque inévitablement essoufflé, débraillé et enluminé ; dans ces conditions on ne saurait en imposer à des malades aigris, tant soit peu récalcitrants. Ce n'est pas, je le veux bien, le cas des paysans, qui s'attachent peu à la question d'extérieur ; mais certains clients d'élite, certaines femmes raffinées, s'offusqueraient certainement d'une tenue trop fantaisiste.

Que nos confrères des campagnes renoncent à la cravate blanche et au chapeau haut de forme, rien de mieux ; mais, cependant, qu'ils ne se négligent pas trop, qu'ils ne soient pas trop plébéiens et conservent toujours l'allure et le décorum qui conviennent à leur caractère, — j'allais dire à leur sacerdoce.

Doit-il être intime avec le pharmacien ?

Je dis carrément non, au moins au point de vue des relations extérieures. — Je ne saurais trouver blâmables les amitiés d'enfance, les attachements, qui reposent sur une sorte de

suivantes : — âge avancé ; cachexie prononcée ; — grossesse ; — menstruation ; — maladie du cœur avec palpitations violentes ou avec quelques symptômes d'asystolie ; — angine de poitrine ; — induration sénile des artères ; — artério-sclérose généralisée avec forte hypertension artérielle ; — anévrysme de l'aorte et des grosses artères ; — affections des voies respiratoires avec troubles fonctionnels sérieux, telles que l'emphysème très marqué, le catarrhe étendu, la phtisie avancée, les compressions et les rétrécissements de la trachée et des bronches, les épanchements de la plèvre ; — états fébriles de quelqu'intensité ; — troubles de la circulation cérébrale ; hémorrhagies récentes, celles surtout de l'estomac, du cerveau et des voies respiratoires.

Lorsque le cathétérisme paraît nécessaire et n'est pas contre-indiqué, il est rare qu'on se heurte à un refus systématique de la part du patient. Il est encore plus rare que le spasme du sphincter pharyngo-œsophagien soit assez prononcé pour empêcher tout à fait l'introduction de la sonde gastrique. Sur cent cas, je n'en rencontre pas plus de cinq ou six où, pour l'un où l'autre de ces motifs, je dois renoncer au cathétérisme. L'opération est d'autant plus facilement acceptée, que l'affection est plus ancienne et s'est montrée plus rebelle au traitement. Il est assez important de réussir dès la première tentative ; un premier échec décourage le patient et le dispose mal à subir une nouvelle exploration.

La technique. — La technique est vraiment fort simple et il n'y a pas lieu d'insister beaucoup. Il ne faut jamais négliger certaines précautions préalables. Il est de règle d'ausculter le cœur, le poumon et l'aorte. Un anévrysme thoracique peut être la cause d'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia. On doit aussi faire l'inspection de la bouche et enlever toutes les dents artificielles qui ne sont pas solidement fixées. J'ai coutume de faire au patient la description succincte de la petite opération qu'il va subir, et je lui répète que, malgré une sensation de serrement à la gorge, il pourra respirer très bien, car la sonde doit s'engager, non dans le conduit de l'air, mais dans celui des aliments. C'est là d'ailleurs la seule réelle difficulté. Dès que le tube arrive au contact du pharynx, le patient suspend instinctivement sa respiration. Il est beaucoup plus rare qu'il survienne un véritable spasme du larynx. Au moment de commencer l'opération, j'engage donc le malade à respirer lentement, profondément, à me regarder moi-même, et, joignant l'exemple au précepte, je fais une série de larges inspirations. Cette sorte de suggestion réussit presque toujours. Le patient est assis et sa tête ne doit pas être renversée en arrière. Cette attitude de la tête ne facilite pas l'introduction de la sonde, et elle trouble la circulation cérébrale. Jusqu'à présent je n'ai jamais eu recours à l'anesthésie locale du pharynx. On obtient cette anesthésie à l'aide d'un badigeonnage de la muqueuse avec une solution à 5 ou 10 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne.

Ces préparatifs terminés, le malade ouvre modérément la bouche. L'opérateur peut y introduire l'index de la main gauche, s'il s'agit de cathétériser l'œsophage avec un instrument d'une certaine rigidité ; sous ce doigt, recourbé en crochet dans le pharynx, la bougie rigide glissera plus facilement et franchira plus sûrement l'orifice pharyngo-œsophagien. Pour l'introduction de la sonde gastrique, et particulièrement du tube de M. Faucher, il n'est pas du tout nécessaire de placer un doigt dans la cavité buccale. Le tube est simplement posé sur la langue et poussé doucement d'avant en arrière. Il se recourbe seul contre la paroi postérieure du pharynx et arrive sur l'orifice supérieur de l'œsophage. C'est là le point le plus difficile à fran-

---

compagnonnage d'idées, sur des affinités intellectuelles entretenues de longue date. Les occasions de fraterniser, d'échanger des confidences avec un homme intelligent, avec lequel on a souvent parcouru les mêmes chemins arides, subi des luttes analogues, dont on a partagé les enthousiasmes et les déceptions, sont assez rares, pour qu'on ne doive pas les dédaigner. L'essentiel est que ces sympathies résident au fond du cœur, ne soient pas trop ostensibles, de façon à ce que le public, qui est si facilement porté à la malveillance ne puisse pas attribuer à ces relations des mobiles intéressés. — Il ne se gêne guère, cet ingrat public, pour déclarer que le pharmacien est le complice du médecin, qu'à eux deux ils font bien des ravages, et qu'il y a bal chez Proserpine,..... lorsque les savants sont lâchés. — Que ne dirait-il pas si Madame Homay faisait des frais exagérés de coquetterie, pour conquérir les bonnes grâces d'Esculape, ou se compromettait pour lui prouver sa gratitude ? — Cela ne s'est évidemment jamais vu, mais l'occasion, l'herbe tendre, le jeûne prolongé pour un célibataire ayant bon appétit, ne sont pas sans danger et c'est par une pente glissante qu'on se laisse aller aux plus néfastes entraînements. Vous voyez d'ici le scandale ; quel régal pour les langues acerbes et les vierges ultra-mûres de la congrégation des enfants de Marie : C'est effrayant rien que d'y penser !

. . . .

Je terminerai en disant en bloc, que le médecin doit veiller avec un soin jaloux sur sa réputation, qu'il doit tout faire pour qu'on ne le considère pas comme un déséquilibré, un esprit mal pondéré, peu sérieux, un homme gourmand, ivrogne, immoral, joueur, violent, grossier, rapace, peu charitable. — Il se compromet inévitablement en ayant des aventures galantes, en provoquant des scandales domestiques, en se lançant dans des spéculations, en fêtant trop fréquemment la dame de pique. Ah ! qu'il évite le jeu, qui ne peut que compromettre à la longue son petit avoir et l'entraîner à des emprunts, à des compromis de conscience, à des pertes de temps fâcheuse, à des relations louches, à une déchéance fatale.

Il faut que les mères, qui ont des filles à marier, puissent le citer comme le gendre idéal, qu'il soit pour tous ses concitoyens un modèle et un exemple.

Dr Grellety (de Vichy).

---

chir. On peut engager le patient à faire un mouvement de déglutition, et, au moment où le larynx s'élève, il suffit de pousser un peu le tube pour le porter au delà du sphincter œsophagien. On sait combien facilement un malade habitué au cathétérisme avale le tube de Faucher. Mais le malade novice et troublé ne réussit pas toujours à exécuter un mouvement correct de déglutition. Instinctivement, il repousse le tube et suspend sa respiration. De nouveau, on lui répète qu'il peut et qu'il doit respirer largement. On maintient le tube au contact de l'orifice pharyngo-œsophagien, en exerçant de temps en temps une pression modérée sur cet orifice ; il arrive bientôt un moment où cette pression coïncide, soit avec une déglutition, soit avec un relâchement momentané du sphincter. A ce moment-là, l'obstacle est franchi et le tube s'engage plus profondément. Le reste de l'opération n'offre plus aucune difficulté. Le patient achève de déglutir le tube, ou bien on le pousse doucement jusqu'à ce que le trait noir, dont il est muni, se trouve au contact des incisives. Il peut arriver qu'on soit obligé de le pousser plus loin, si l'estomac est très dilaté ou fortement abaissé. La sonde rencontre quelquefois un nouvel obstacle au niveau du cardia, mais il est léger, et, à moins qu'il n'existe un rétrécissement véritable, il est toujours facile de pénétrer dans la cavité de l'estomac.

Les accidents. — On a beaucoup exagéré la fréquence des accidents imputables au cathétérisme. D'ailleurs, avec un peu de prudence, il est facile de les éviter. Ils sont le plus souvent produits par les sondes dures, et ils sont devenus beaucoup plus rares depuis que s'est généralisé l'usage des sondes molles.

Dans les cas de rétrécissements de l'œsophage ou du cardia, on a vu à la suite d'un cathétérisme : — la rupture d'une poche anévrysmale ; — la déchirure de l'œsophage ramolli, au-dessus ou au niveau même d'un néoplasme ou d'un rétrécissement cicatriciel ; — la perforation complète de la paroi œsophagienne et l'injection dans la plèvre d'un liquide alimentaire destiné à l'estomac ; une hémorrhagie plus ou moins abondante, provenant de masses cancéreuses très vasculaires ou des plexus veineux qui entourent l'extrémité inférieure de l'œsophage ; — l'irritation d'un néoplasme qui s'accroît plus rapidement, devient tout à fait oblitérant, ou se complique d'une médiastinite suppurative. — Tous ces accidents peuvent être évités si l'on respecte les contre-indications du cathétérisme de l'œsophage et si l'on procède toujours avec prudence. — Enfin je crois avoir remarqué que, parmi les malades atteints de cancer de l'œsophage et du cardia, les broncho-pneumonies et les gangrènes du poumon sont plus fréquentes chez ceux qui sont soumis à des cathétérismes immodérés.

Il est tout à fait rare que la sonde gastrique pénètre dans le larynx. L'accident se manifeste aussitôt par de la toux, de la cyanose, une vive angoisse respiratoire, symptômes dont il est vraiment difficile de méconnaître la signification. Un simple spasme du larynx produit des symptômes moins alarmants, et il est très rare qu'il soit assez intense pour obliger à renoncer à l'opération. S'il subsiste quelques doutes, on prie le malade de prononcer une syllabe à haute voix. S'il ne peut le faire, il est clair que la sonde doit être immédiatement retirée. — Dans quelques cas, beaucoup plus fréquents, la sonde semble pénétrer dans l'œsophage ; en réalité, elle n'a pas dépassé le pharynx dans lequel elle s'enroule, puis elle s'échappe par la bouche ; c'est là moins un accident qu'un insuccès qui oblige à recommencer l'opération.

Il y a quelques exemples d'hémorrhagies gastriques provoquées par la sonde. Il s'agissait de malades atteints de cancer ou d'ulcère. De là cette règle générale : il faut s'abstenir de tout cathétérisme dans tous les cas compliqués de gastrorrhagie récente. Du reste, les faits de ce genre sont très rares, comparés au très grand nombre des malades chez lesquels le cathétérisme de l'estomac n'a produit absolument aucun accident.

Le cathétérisme comme moyen de diagnostic. — L'introduction d'une sonde dans l'œsophage et l'estomac est fort utile au diagnostic. Elle permet :

1° D'explorer la perméabilité de l'œsophage et du cardia ;

2° De faire pénétrer dans l'estomac une certaine quantité d'air ou de liquide, de façon à faciliter la percussion et la palpation ;

3° D'extraire une partie ou la presque totalité du contenu stomacal, afin d'en pratiquer un examen complet ;

4° De déterminer approximativement les dimensions et la capacité de l'estomac.

L'exploration de l'œsophage. — Le passage de la sonde détermine parfois une douleur vive, en un point limité ; c'est un signe probable d'une lésion locale, telle que l'ulcère, le cancer, la compression produite par un organe voisin malade. La douleur de l'œsophagite est plus diffuse et d'ailleurs elle ne permet guère l'introduction du cathéter. Si l'instrument est nettement arrêté en un point de l'œsophage, ou au niveau du cardia, c'est que là il existe un rétrécissement. Tantôt l'obstacle est constamment infranchissable, tantôt il laisse passer une sonde de petit calibre.

Il est assez facile de déterminer exactement le siège de la sténose. La longueur de l'œsophage est en moyenne de 25 centimètres chez l'adulte. Des incisives à l'orifice supérieur de l'œsophage il y a 15 centimètres. On mesure sur la sonde la profondeur à laquelle elle a pénétré depuis les incisives. Un calcul très simple permet de conclure que le rétrécissement se trouve au cardia, à l'orifice supérieur ou au tiers moyen de l'œsophage.

La mobilité latérale d'une sonde suffisamment rigide autorise à présumer l'existence d'une dilatation notable au-dessus d'un point rétréci, par exemple au-dessus du cardia. Dans quelques cas fort rares, les résultats de l'exploration varient d'une façon assez significative : à un moment donné, une grosse sonde passe facilement ; un peu plus tard, il est impossible d'introduire une sonde du plus petit calibre : il est probable qu'il s'agit d'un diverticule de l'œsophage.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Le traitement de l'appendicite et de la colique appendiculaire. (1)

1° Appendicite.— Depuis quelques années, on a bien mis en évidence le rôle des perforations et inflammations de l'appendice iléo-cæcal dans la genèse de certaines péritonites généralisées ou enkystées, dans l'étiologie des abcès aigus de la fosse iliaque ; on sait aujourd'hui que ces abcès sont presque sans exception intra-péritonéaux. L'appendicite, d'ailleurs, revêt des formes variées auxquelles doit s'adapter la thérapeutique. C'est avant tout une maladie de la deuxième enfance et de l'adolescence.

I. — Le début de l'appendicite est presque toujours brusque, par une douleur vive dans la fosse iliaque, avec élévation subite de la température, avec ballonnement du ventre, vomissements, constipation la plupart du temps ; toutefois la diarrhée n'est pas rare et son existence ne peut être invoquée contre le diagnostic d'appendicite. Si, dans ces conditions, on explore le ventre, on trouve la fosse iliaque droite tendue, douloureuse, non dépressible, et souvent la percussion y révèle de la submatité.

En présence de ces symptômes, il ne convient pas d'opérer immédiatement, mais on commencera par le *traitement médical* basé sur *l'opium* (pilules d'extrait thébaïque de 0,01, toutes les heures, jusqu'à 0.10 pour un enfant de dix à douze ans), le *repos absolu* au lit et la *diète rigoureuse*. On donnera seulement de l'eau pure par cuillerées à soupe tous les quarts d'heure pendant la première journée, et toutes les heures une cuillerée de lait écrémé. Le lendemain, on augmentera progressivement le nombre des cuillerées de lait. Les jours suivants, on permettra, suivant l'âge, 1 litre à 1 litre et demi de lait, puis des laits de poule, enfin des œufs à la coque sans pain et des potages.

On provoquera les garde-robes par des lavements d'eau naphtolée à 20 centigrammes pour 1000 ou d'eau additionnée de borate de soude à 10 grammes ou 20 grammes pour 1000 administrés lentement. *Les purgatifs doivent être rigoureusement proscrits.*

Assez souvent, on voit ainsi les symptômes s'amender en vingt-quatre à quarante-huit heures pour diminuer ensuite peu à peu et disparaître en quelques semaines ; après quoi il n'est pas rare que, pendant plus ou moins longtemps, il y ait encore un léger empâtement de la fosse iliaque, avec sensibilité à la pression. Lorsque le traitement médical a réussi, il faut le compléter par une *hygiène* alimentaire attentive, en proscrivant toute nourriture indigeste, en évitant tout ce qui peut laisser des corps étrangers dans le cæcum, en insistant, pour la nourriture, sur le lait et les œufs, en combattant avec un soin égal la diarrhée et la constipation.

Il n'est pas exceptionnel, en effet, qu'après la première poussée d'autres se manifestent, et autant que possible on cherchera à prévenir cette *appendicite à rechutes* ; si l'on n'y parvient pas, il faut intervenir chirurgicalement, car ces sujets sont exposés à succomber brusquement à la suite d'une perforation intra-péritonéale avec péritonite généralisée.

II. — L'opération, dans ces cas, consiste à aller de parti pris, une fois éteinte une crise — la deuxième ou la troisième — à la recherche de l'appendice. On peut y aller, soit par une incision verticale, le long du bord externe, soit par une incision oblique, le long du bord externe du muscle grand droit. La première me semble préférable, car elle conduit directement sur l'angle iléo-cæcal. Après avoir traversé toutes les couches de la paroi abdominale, on tombe la plupart du temps sur une tumeur formée par l'épiploon, adhérent à l'appendice. Il faut libérer cet épiploon, le récliner sous des compresses aseptiques, puis on isole l'appendice, ce qui n'est pas toujours très aisé, on le lie à sa base, on l'excise, et l'on fait sur le moignon une double suture, sur la muqueuse, et sur la séreuse, cette dernière au point de Lembert. On termine par une suture en étages, avec un drain allant jusqu'à la fosse iliaque. Faite avec les précautions antiseptiques voulues, cette opération est très bénigne, et dès lors on ne doit pas laisser courir à ces sujets les chances de la péritonite généralisée, ni même de la péritonite enkystée.

III. — Lorsque le traitement médical ne réussit pas à enrayer les accidents aigus, en trente-six à quarante-huit heures, on doit opérer sans tarder davantage, et l'intervention diffère selon qu'il existe ou non une péritonite généralisée.

En présence d'une *péritonite généralisée*, souvent suraiguë et mortelle en deux ou trois jours, la seule conduite convenable consiste à faire la laparotomie médiane, à chercher de toutes parts dans le ventre, entre les organes et sous les adhérences, les poches purulentes multiples, qui se sont formées, à laver, éponger, drainer, et de la sorte on obtient quelques succès pour ainsi dire miraculeux. Cela suffit pour que nous devions tenter l'intervention, sans conserver d'illusions sur son efficacité habituelle.

Dans la majorité des cas, il existe une *péritonite enkystée*, avec abcès de la fosse iliaque, des adhérences protectrices ayant limité le foyer du côté de la grande cavité péritonéale. On constate toujours, il est vrai, plus ou moins de péritonisme ; mais, si l'on tient compte de la souplesse et de l'indolence relatives du ventre, de la régularité et de la force du pouls, on reconnaîtra bien, dans la plupart des cas, s'il y a ou non péritonite généralisée. Diagnostic important, car, en cas de péritonite enkystée, l'incision médiane doit être rejetée, et l'on doit, respectant avec soin les adhérences, aborder le foyer par sa face interne. On peut employer une des deux incisions que nous venons d'indiquer pour la résection de l'appendice, mais ici l'incision iliaque oblique est préférable. La plupart du temps, en effet, avec ou sans foyer antérieur, il existe un foyer rétrocæcal qu'on ouvre largement, en prolongeant l'incision vers la crête iliaque. Quelquefois, cependant, l'abcès existe en dedans du cæcum, ce que la palpation permet d'apprécier, la fosse iliaque étant libre tandis que le plastron empâté existe plus ou moins en dedans sur la ligne ilio-ombilicale ; qu'on y accède alors par l'incision verticale, quitte à ouvrir secondairement, par l'incision oblique, un foyer postérieur. Quelquefois enfin l'abcès se forme dans le petit bassin, cas auquel convient l'incision sous-ombilicale médiane.

Quelle que soit l'incision adoptée, on doit, une

(1) Extrait du *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par P. Le Gendre et A. Broca.

fois ouvert le péritoine pariétal, explorer avec l'index gauche l'amas d'anses agglutinées sur lequel on tombe, et chercher un point dépressible d'où, en grattant avec le bout de la sonde cannelée, on voit sourdre du pus séreux, mal lié, fétide. Sans violence, on agrandit l'orifice, on éponge la cavité, on examine, en arrière surtout, s'il ne reste pas d'autres collections ; puis, rapidement, on regarde si l'on voit l'appendice, si l'on peut sans effort, et sans ouvrir la grande cavité péritonéale, l'isoler et l'exciser. Mais il ne faut pas s'obstiner à cette recherche, et si l'appendice ne saute pas, pour ainsi dire, aux yeux, on le laissera sans s'occuper davantage de lui. La cavité purulente sera soit drainée, soit tamponnée à la gaze iodoformée, la plaie extérieure ne sera suturée que partiellement, souvent même elle restera largement béante.

Après cette intervention, on administre l'opium comme il a été dit plus haut, et l'on surveille attentivement le sujet, pour l'éventualité, assez fréquente, où il se forme des abcès successifs, qu'il est nécessaire d'ouvrir sans tarder.

Si l'appendice n'a pas été réséqué, il est possible, mais non pas fréquent, qu'il persiste une fistule, ce qui est une indication à l'excision de parti pris, pratiquée comme il a été dit plus haut. Souvent, il est vrai, l'opération sera beaucoup moins simple, car il existera une véritable *fistule pyostercorale*, c'est-à-dire avec interposition d'une cavité suppurante entre l'orifice cutané. Les cicatrices de ces incisions non suturées sont souvent le siège d'une éventration qu'on opérera ultérieurement.

2° Colique appendiculaire. — Il arrive, de temps en temps, qu'un enfant soit pris brusquement de violentes douleurs spontanées dans la fosse iliaque, avec vomissements alimentaires, puis bilieux, facies tiré, mais sans fièvre.

Dans l'intervalle des paroxysmes douloureux, la palpation dénote une douleur caractéristique par sa localisation à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite, sans empâtement, sans tuméfaction cæcale. Ces accidents sont habituellement de courte durée, quelques heures au plus ; la douleur cesse brusquement, et son cortège symptomatique peu après. On les interprète comme la réaction violente d'un appendice cæcal dans lequel avait pénétré soit quelque corps étranger (pépins de raisin ou de melons, groseilles, petites arêtes), soit un fragment de matière fécale durcie.

La thérapeutique devra consister en un grand bain, suivi d'une application sur la région douloureuse, soit de cataplasmes très chauds, soit d'une vessie de glace qui, suspendue à un cerceau, effleurera seulement la peau, dont elle sera même séparée par une flanelle.

Diète rigoureuse comme dans l'appendicite.

Opium par l'estomac ; si les vomissements s'y opposent et que l'enfant soit assez âgé, injection sous-cutanée d'une faible dose de morphine, au besoin réitérée.

S'il y a constipation, grand lavement de décoction de guimauve boriquée ou naphtolée chaude.

Surveiller la température de l'enfant ; si elle s'élève, si les accidents ne se dissipent pas promptement, il y aura lieu d'envisager les problèmes que soulève l'existence d'une véritable appendicite.

C'est en combattant la constipation, en surveillant de très près la nourriture, qu'on évitera le retour de crises semblables.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

La circulaire ministérielle sur l'organisation de l'assistance médicale a enfin paru : elle commente, à l'usage des Préfets, la loi du 15 juillet 1893 et prévoit les espèces diverses que l'application de chacun des articles peut soulever.

Ces commentaires sont, on le comprend, surtout d'ordre administratif ; quelques-uns cependant intéressent particulièrement le Corps médical et il nous paraît intéressant de les reproduire.

L'article 1er pose les bases de la loi. — *Tout Français, malade, privé de ressources, reçoit*, etc., etc.

La qualité de Français est la première condition requise pour l'obtention des secours prévus par la loi...... Les étrangers ne sont assimilés aux Français que si le gouvernement a passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine..... Sauf le cas de ce traité réciproque, ils ne seront pas inscrits sur la liste d'assistance médicale et les frais que causerait leur maladie ne seront pas payés par la caisse d'assistance médicale.

La seconde condition requise est le fait d'être *malade*. La loi laisse, ainsi, en dehors de son application les vieillards, les infirmes incurables. Les malades sont ceux qui pourraient être admis dans un hôpital, mais ne seraient pas reçus dans un hospice. Les blessés sont bien entendu au nombre des malades. Il faut comprendre encore les femmes en couches : l'article 1er les assimile aux malades.

La troisième condition est d'être *privé de ressources*. Cette dernière expression a un sens plus compréhensible que le mot *indigent*. Dans les usages de la langue administrative, on regarde comme indigents les seuls individus inscrits sur les listes des bureaux de bienfaisance. Mais la liste du bureau d'assistance ne se confondra pas, nécessairement, avec celle du bureau de bienfaisance. Elle devra comprendre tous ceux qui, en cas de maladie, se trouveraient hors d'état de se faire soigner à leurs frais.

Les malades seront soignés à domicile, ce n'est qu'en cas de nécessité absolue qu'ils doivent être hospitalisés.

....

Le commentaire de l'article 3 ajoute :

Il y aura des circonstances qui rendront impossible de soigner utilement le malade à domicile : ce sera tantôt la nature même de l'affection, tantôt l'insalubrité de la demeure, tantôt l'absence de toute personne capable de garder le malade. Cette *impossibilité* devra être constatée dans le certificat d'admission à l'hôpital que délivrera, sous sa responsabilité, le médecin traitant. Celui-ci ne devra pas se borner à affirmer l'impossibilité ; il aura le devoir de motiver son opinion, d'indiquer d'une manière précise la raison qui nécessite l'hospitalisation. Tout en rendant hommage au dévouement traditionnel du Corps médical, il convient de se mettre en garde contre l'inclination que pourraient avoir certains praticiens à envoyer trop facilement les malades à l'hôpital.

Le certificat médical devra être contresigné par le président du bureau d'assistance, c'est-à-dire le maire, ou par son délégué. Vous indiquerez aux maires que ce délégué devra être un adjoint ou un

membre du bureau. Autant que possible, ce délégué ne devra pas être médecin, car le médecin du bureau d'assistance accepterait sans doute difficilement le contrôle d'un confrère. Si le maire était lui-même le médecin du service, le contreseing serait donné par un adjoint. Ce contreseing obligatoire permettra au bureau d'assistance de se tenir au courant des admissions requises, servira à l'administration hospitalière pour le remboursement de ses frais, et aura sans doute pour effet de maintenir dans de justes limites la tendance à l'hospitalisation.

Art. 4.—*Il est organisé, dans chaque département, sous l'autorité du Préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale, etc.*

Vous êtes le représentant du pouvoir exécutif dans le département ; vous êtes chargé de l'exécution des décisions du Conseil général ; à ce double titre, c'est sous votre autorité que la loi place le service. Vous pouvez vous faire aider dans cette nouvelle tâche par l'inspecteur du service des enfants assistés que, dès 1839, l'administration centrale conseillait d'associer à la direction des services de bienfaisance dans le Département. Mais cet auxiliaire n'agira qu'en votre nom, d'après vos ordres et sous votre responsabilité.

Nous sommes obligés d'ouvrir ici une parenthèse et de dire que cette organisation, qui pourra être satisfaisante, si l'inspecteur des enfants assistés est médecin, serait détestable si ce fonctionnaire n'était pas médecin. S'il existe un inspecteur départemental du service — et nous croyons que c'est très utile sinon indispensable — il faut de toute nécessité que cet inspecteur soit médecin.

Mais reprenons le commentaire :

C'est au Conseil général que l'art. 4 de la loi confie le soin d'organiser le nouveau service : il le fait de la manière la plus large. Il serait dangereux d'assujettir les œuvres de l'assistance publique à un cadre et à des procédés uniformes.

Le législateur s'est donc gardé de contrarier les coutumes locales ; il a entendu ouvrir un champ libre à l'initiative des assemblées départementales, à la condition que celles-ci respectent, dans l'organisation qu'elles adopteront, certains principes considérés comme étant d'ordre public.

L'organisation du service d'assistance médicale variera donc selon les régions ; elle se plicra aux habitudes déjà prises, aux conditions particulières du milieu, sauf un petit nombre de points sur lesquels l'intérêt général exige que les pratiques anciennes soient au besoin rectifiées. Ainsi l'application des deux barèmes qui règlent la part contributive des communes et le montant de la subvention de l'Etat est obligatoire....... ainsi encore le département est tenu de faire lui-même l'organisation administrative du service ; il doit rester le lien, qui unit toutes les communes dans leur devoir d'assistance. Il ne pourrait se dispenser de centraliser la comptabilité du service, etc.

Au point de vue du choix des médecins, les départements qui avaient, antérieurement à la loi du 15 juillet 1893, organisé le service de la médecine gratuite, avaient pratiqué l'un des deux systèmes suivants ou adopté une combinaison mixte.

1° Le Préfet désigne, pour chaque circonscription, un médecin chargé de soigner les malades pauvres. Les malades ne peuvent s'adresser qu'à lui, et lui, à son tour, est tenu de donner ses soins à tous les malades inscrits sur les listes.

2° Dans le système dit Landais, ou Vosgien, les médecins qui ont accepté les conditions de fonctionnement du service sont les médecins de l'assistance ; le malade a la faculté d'appeler parmi ces médecins celui qu'il préfère.

Le mode de rémunération des médecins présente aussi, selon les Départements, et pourra continuer à présenter des différences assez notables. Le médecin est payé tantôt par abonnement, tantôt proportionnellement aux services rendus, d'après le nombre de ses visites ou bien encore d'après le nombre des malades soignés, ou d'après celui des personnes portées sur les listes d'indigents, ou d'après le chiffre de la population. Ici l'on tient compte, là on ne tient pas compte des distances parcourues : l'on accorde ou l'on n'accorde pas des indemnités spéciales pour les visites de nuit, etc... Même diversité en ce qui concerne la rémunération des sages-femmes.

Le Conseil général choisira entre ces diverses pratiques ; il pourra même accepter une combinaison nouvelle, pourvu que soit toujours maintenu le principe que l'assistance devra être donnée à domicile, toutes les fois qu'elle pourra l'être utilement. Il n'échappera pas à l'assemblée départementale qu'avec le paiement à l'abonnement, on risque d'augmenter au delà du nécessaire le nombre des hospitalisations.

Les Départements dans lesquels fonctionne déjà un service de médecine gratuite auront moins à faire que les autres pour se conformer aux prescriptions de la loi, mais leur expérience ne servira pas qu'à eux seuls : ceux qui sont demeurés jusqu'à ce jour en dehors du service profiteront des résultats obtenus dans les départements voisins ou similaires.

Les questions relatives au domicile de secours sont des plus importantes, mais elles ne touchent pas directement le médecin.

Nous arrivons à l'article 10.—*Dans chaque Commune un Bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale*.............

Premier cas. — *La commune possède un Bureau de bienfaisance et un établissement hospitalier.* La Commission administrative de l'établissement hospitalier garde toutes ses attributions. La Commission administrative du Bureau de bienfaisance garde les attributions sauf celles qui ont trait à l'assistance médicale. La Commission administrative du nouveau Bureau d'assistance se compose des deux Commissions administratives réunies et n'a, sauf des circonstances exceptionnelles, dans ses attributions que l'assistance médicale à domicile.

Deuxième cas. — *La commune possède seulement un bureau de bienfaisance.* — La Commission administrative du Bureau de bienfaisance garde également ses attributions, sauf en ce qui concerne l'assistance médicale à domicile. La Commission administrative du nouveau bureau d'assistance, qui n'est autre que la Commission du Bureau de bienfaisance, a dans ses attributions l'assistance médicale à domicile et tout ce qui concerne l'hospitalisation des malades.

Troisième cas. — *La commune possède seulement un établissement hospitalier.* La Commission administrative de l'établissement hospitalier garde toutes ses attributions. La Commission administrative du nouveau bureau d'assistance, qui est la même que celle de l'établissement hospitalier, a tous les droits et attributions d'un bureau de bienfaisance, tels qu'ils résultent des lois antérieures.

Quatrième cas. — *La commune ne possède ni bureau de bienfaisance, ni établissement hospitalier.* La Commission administrative du nouveau Bureau d'assistance, composée comme l'eût été la Commission administrative d'un Bureau de bienfaisance, réunit dans ses mains les services d'assistance publique............... Je me borne à vous signaler l'intérêt qu'il y aura à choisir pour délégués de l'administration les personnes les mieux à même de connaître et d'apprécier les besoins des populations sous le rapport de l'assistance médicale. Là où l'on pourrait trouver des médecins indépendants du service, par exemple ayant cessé d'exercer, et

où les circonstances locales permettront de s'adresser à eux, vous jugerez sans doute qu'il est avantageux de faire appel à leur concours.

La présidence appartiendra en principe au maire, ou à l'adjoint, ou au conseiller municipal remplissant dans leur plénitude les fonctions de maire. En cas d'absence du président de droit, la présidence passe au vice-président ou, à son défaut, au plus ancien des administrateurs présents et, à défaut d'ancienneté, au plus âgé. Quelle que soit la personne qui exerce les fonctions de président, elle aura voix prépondérante en cas de partage et cela en toute circonstance.

Il n'y aura lieu d'élire un vice-président que lorsque le bureau d'assistance sera constitué avec des éléments nouveaux ou qu'il sera formé des deux Commissions administratives.

Art. 12. — *La Commission administrative du Bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.......*

C'est le Bureau d'assistance qui doit procéder le premier à l'établissement de la liste des personnes admises à l'assistance médicale.

La formation de cette liste, les demandes en inscription ou en radiation, les réclamations y relatives et le jugement de ces réclamations sont soumis, en principe et autant que le permet la différence des situations aux règles consacrées par la législation existante en matière de listes électorales.

La liste est dressée par la Commission administrative du Bureau d'assistance un mois avant la première session ordinaire du Conseil municipal, et revisée un mois avant chacune des autres sessions du Conseil municipal.

Bien que le Bureau d'assistance ait ainsi plutôt à formuler des propositions qu'à faire œuvre définitive, il importe qu'il soit procédé par lui avec un soin extrême à la formation de la liste.

La liste doit être dressée intégralement au début de chaque année, et seulement revisée tous les trimestres ; il ne faut pas en effet de liste permanente « qui finirait par être confondue », comme le dit l'exposé des motifs, « avec celle du Bureau de bienfaisance, et où des familles prendraient l'habitude d'être inscrites ».

La liste d'assistance doit comprendre toutes les personnes qui ont dans la commune leur domicile de secours et dont on peut penser raisonnablement que, si elles tombent malades dans le cours du trimestre, elles auront besoin, en tout ou en partie, de l'assistance médicale gratuite. Ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire remarquer sous l'article premier, ces personnes ne sont pas nécessairement dans un état d'indigence attesté par un certificat de non imposition ou par l'inscription sur la liste du Bureau de bienfaisance : ce sont bien des individus dénués habituellement de ressources, mais ce sont aussi ceux dont la situation de famille et de fortune est telle que, suivant toute probabilité, ils seraient privés de ressources le jour où la maladie surviendrait.

....

L'intervention du médecin de l'assistance ou d'un délégué des médecins de l'assistance constituera une garantie sérieuse contre l'extension abusive de la liste, puisque l'intérêt professionnel du corps médical, d'accord avec celui des finances publiques, sera que les secours soient réservés à ceux qui ne pourraient se suffire.

L'article dit : « Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, cette dernière expression est destinée à sauvegarder les droits du corps médical dans les départements qui auront adopté le système dans lequel il n'y a pas un médecin désigné pour chaque circonscription. (Voir ci-dessus l'art. 4.)

Ces collaborateurs de la commission administrative peuvent assister à la séance, dit l'article 12. D'après les explications fournies au Sénat par le commissaire du gouvernement (séance du 11 juillet 1893), ces mots « peuvent assister » déterminent un droit. La loi n'a pas dit « assistent », afin de ne pas donner à croire que leur présence est une condition essentielle pour la validité des délibérations. Mais qui dit « peuvent assister » dit « ont droit d'assister ». Ce droit serait illusoire si la convocation n'était pas obligatoire. Ainsi le médecin de l'Assistance ou le délégué des médecins devra être nécessairement convoqué aux séances du bureau quand il s'agira de dresser ou de reviser la liste d'assistance. Comme le receveur municipal et le répartiteur, il n'aura que voix consultative : le législateur n'a pas voulu lui attribuer un pouvoir de décision dans une question qui le touche personnellement.

Art. 13. — *La liste d'assistance doit comprendre nominativement tous ceux qui sont admis......*

L'inscription du mari n'impliquera pas celle de la femme, ni l'inscription du père ou de la mère celle des enfants. Tous les membres de la famille devront être inscrits individuellement sur la liste, si chacun d'eux réunit les conditions qui lui permettent d'y figurer.

Mais il y aura des cas nombreux où il n'en sera pas ainsi. Par exemple, le père travaille; il n'a pour vivre que le produit de son travail; lequel d'ailleurs lui suffit pour entretenir sa famille. Qu'un de ses enfants tombe malade, il pourra pourvoir à cette nécessité. Mais si c'est lui-même que la maladie atteint, il n'a plus le moyen de payer le médecin et le pharmacien ; il en est de même si sa femme ou ses enfants tombent malades pendant qu'il est malade lui-même. Dans ce cas, il devra être porté sur la liste, et les autres membres de sa famille seulement pour les cas où il serait malade lui-même.

Il n'y aura qu'une liste d'assistance sans distinction entre ceux qui seraient admis aux secours médicaux et aux secours pharmaceutiques ; mais comme le fait ressortir l'exposé des motifs, « l'inscription sur la liste ne constitue pas un droit à l'assistance; par suite, la commission administrative du Bureau a toujours la faculté de mesurer l'assistance aux besoins actuels des individus secourus », et d'établir ainsi les catégories que la loi n'a pas rendues obligatoires.

Après toute une série d'articles purement administratifs, on arrive à l'art. 19.— *En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le Bureau d'assistance peut admettre...,* etc...

La décision du Bureau d'assistance, admettant les malades aux secours, par raison d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions du Conseil municipal, sera prise dans les conditions de l'article 12, c'est-à-dire que le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désigné par le sous-préfet, pourront assister à la séance avec voix consultative et que ces trois personnes devront être convoquées.

Si le maire juge qu'il n'y a pas possibilité de réunir à temps la commission administrative du Bureau, circonstance qui se présentera sans doute rarement pour les maladies chroniques, il peut admettre lui-même le malade aux secours, mais à la charge d'en rendre compte, en comité secret, au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance. Cette obligation constitue une garantie pour les finances municipales, vous tiendrez la main à ce que les prescriptions de la loi à cet égard soient exactement observées.

Art. 20.— *En cas d'accident ou de maladie aiguë l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune, etc.....*

Cet article est un des plus importants de la loi. Il ne faut pas qu'un malade sans ressources puisse

rester sans secours. Il n'y a plus ici de question de domicile, ni d'inscription sur une liste.

Tout individu privé de ressources, atteint par la maladie ou par un accident, doit être immédiatement soigné. Si son cas exige l'hospitalisation et que la maladie où l'accident se soit produit dans une commune pourvue d'un hôpital ; son traitement restera à la charge de l'hôpital (art. 1er de la loi du 7 août 1851). S'il peut être soigné à domicile; ou si, devant être hospitalisé, il se trouve dans une commune non pourvue d'un hôpital, c'est la commune où l'accident se sera produit, où la maladie se sera déclarée qui sera tenue, dans les limites fixées par la loi, de fournir à ce blessé, à ce malade, l'assistance médicale soit à l'hôpital, soit à domicile.

En cas d'une des maladies transmissibles dont la déclaration a été rendue obligatoire par la loi du 30 novembre 1822, la collectivité a l'intérêt le plus évident à ce que le maire prononce immédiatement l'admission aux secours, même de ceux qui n'auraient pas leur domicile de secours dans la commune.

Nous arrivons à l'article 26. — *Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires.....*

Le service de l'assistance médicale gratuite étant un service départemental, les dépenses seront ordonnancées par le Préfet, payés par la caisse du trésorier payeur général ou de ses subordonnés (receveurs particuliers des finances et perce pteurs).

Le tarif et la quotité des dépenses ordinaires sont fixés par le Conseil général, conformément à l'art. 4, pour les deux premières catégories (honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes ; médicaments et appareils) et par arrêté préfectoral pour le prix de la journée dans les hôpitaux.

Enfin vient le dernier article intéressant :

Art. 34. — *Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au Conseil général ou au Conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.*

Le commentaire explique que l'article est motivé par des raisons analogues à celles qui ont dicté les cas d'inégilibilité au Conseil municipal, cas qui n'atteignent pas les médecins.

Cette rapide analyse de la circulaire ministérielle suffira, nous le pensons, à éclairer nos confrères que préoccupe l'organisation du service de l'assistance médicale, et leur permettra de donner la forme définitive aux projets de règlements qu'ils vont incessamment soumettre aux Préfets de leurs départements.

Dr A. Gassot.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Marseille.

L'Assemblée générale des membres du Syndicat de Marseille s'est tenue le 21 décembre 1893, sous la présidence de M. le Dr Jubiot.

61 membres étaient présents et 18 s'étaient fait excuser.

M. le Dr Jubiot ouvre la séance en rendant hommage au Dr Chevandier qui, par sa persévérance et sa ténacité, a amené la reconnaissance des Syndicats médicaux. Il proteste ensuite contre le malencontreux rapport du Ministre de l'intérieur que nous avons relaté en son temps et qui méconnaît d'une si singulière façon les intérêts du corps médical.

Le secrétaire-général, Dr Brouillon, rend compte des travaux de l'année, et le Dr Galland, trésorier, de l'état de la caisse.

Sociétés de secours mutuels.

Le Syndicat adopte les résolutions suivantes :

1° Tout médecin quittant une Société, soit de son plein gré, soit qu'il en ait été remercié, doit en aviser le Syndicat dans le plus bref délai.

2° Tout médecin à qui il sera fait des offres par une Société pour remplacer un confrère ou pour desservir une Société nouvellement formée devra, avant toute réponse, prendre avis du Syndicat.

3° Les médecins, membres du Syndicat, s'engagent à ne jamais signer d'engagement écrit avec une Société de secours mutuels.

M. le Dr Laplane donne ensuite lecture du rapport suivant sur les rapports des médecins avec les sociétés :

Messieurs et chers Confrères,

Le Conseil du Syndicat a cru devoir mettre à l'étude la question des rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels et il a nommé à cet effet une commission chargée d'élaborer un règlement qui a été approuvé en réunion du conseil. Mais parvenu au terme de son mandat, il ne s'est pas cru investi d'une autorité suffisante pour en soumettre dès aujourd'hui les conclusions à l'approbation générale. Ce n'est donc qu'à titre de renseignement sur l'état de ses travaux qu'il m'a chargé de présenter un rapport.

Le conseil a pensé qu'une réforme aussi importante ne pouvait se réaliser du jour au lendemain ; on ne peut sacrifier les intérêts particuliers des membres du Syndicat au désir bien légitime d'améliorer la situation des médecins des Sociétés de secours mutuels. En conséquence, si l'Assemblée générale adopte les conclusions du conseil, le règlement élaboré ne sera appliqué qu'aux Sociétés nouvelles qui se formeront, et à celles déjà existantes qui modifieront en tout ou en partie leur personnel médical, par décès, démission des médecins les desservant, ou toute autre cause. Les médecins syndiqués seront donc libres de conserver, aux conditions actuelles, les sociétés qu'ils desservent, en sorte qu'aucun intérêt ne sera lésé.

Voici les bases du nouveau réglement auquel s'est arrêté le conseil du Syndicat :

Les Sociétés seront libres de choisir, au point de vue de la fixation des honoraires des médecins qui les desservent, entre deux systèmes : ou bien la rémunération au tarif, qui sera de 2 fr. par visite, de 1 fr. 50 par consultation au cabinet ; ou bien l'abaissement, dont le taux sera porté à 5 fr. par an pour les Sociétés qui n'accordent leurs soins qu'au sociétaire, et à 12 fr. pour celles qui accordent les soins au sociétaire et à sa famille. Il serait certainement préférable d'adopter le tarif à la visite comme base unique de rémunération ; mais ce mode d'indemnité apporterait une telle perturbation dans les budgets des sociétés qu'il a paru prudent au Conseil de ne pas l'imposer d'emblée, se bornant à réserver l'avenir en l'introduisant dans son règlement.

Un préjudice sérieux est porté aux intérêts des médecins par la présence dans les Sociétés, comme membres participants, de personnes que leur situation de fortune rendrait aptes à rémunérer d'une façon équitable les soins qui leur sont donnés.

Aussi le projet de réglement spécifie-t-il nettement les diverses catégories d'individus ouvriers, employés, petits commerçants et petits industriels, qui seuls pourront jouir des avantages attachés au titre de sociétaire, au point de vue des soins médicaux. Il est bien difficile d'établir à cet égard une

formule uniforme; nous avons pris comme base le chiffre de 8 fr. par jour, correspondant à 3,000 fr. par an.

Le Conseil du Syndicat a également établi d'une manière précise jusqu'où devaient s'étendre les soins donnés aux familles, car de nombreux abus se glissent tous les jours dans la pratique de la mutualité et l'on voit des sociétaires ne pas craindre de faire soigner, par le médecin de leur Société, des collatéraux qui ne sont nullement à leur charge, voire même des domestiques.

Les visites de nuit, les opérations de grande et de petite chirurgie, sauf quelques petites opérations d'urgence absolue, ne rentreront plus dans les conditions de l'abonnement et devront être payées à part.

Les différentes questions que soulèvent les rapports des Sociétés de secours mutuels avec les médecins qui les desservent, sont examinées dans les autres articles du projet de règlement, mais elles ont une importance moins grande et il sera temps de les discuter lorsque la question viendra devant l'Assemblée générale :

Les points principaux de la réforme sont donc les suivants :

1° Légère augmentation du tarif à l'abonnement ou faculté laissée aux Sociétés d'accepter un tarif réduit à la visite ;

2° Limitation des avantages concédés par le corps médical aux individus, dont la situation de fortune mérite de notre part ces concessions philanthropiques ;

3° Réglementation des questions diverses qui étaient trop souvent laissées à l'arbitraire des Sociétés,

Si l'Assemblée générale accepte en principe l'idée d'une semblable réglementation, nous nous proposons d'adjoindre au Conseil, que vous allez élire, quatre membres choisis parmi les médecins syndiqués, et le Conseil ainsi renforcé élaborera un plan de règlement définitif, qui sera soumis à la ratification d'une prochaine Assemblée générale extraordinaire.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité et le Syndicat désigne, pour être adjoints au Conseil, MM. Amalbert, Crouzet, Chabert et Decosse.

Bureau.

Le Syndicat procède enfin au renouvellement des membres du Conseil.

Sont élus :

Président : M. Jubiot.
Vice-Président : MM. Sicard et Brémond.
Secrétaire-général : M. Curtil-Boyer.
Trésorier : M. Galleraud.
Syndics : MM. Baudoin, Brouillon, Cambon, Goy, Laplane, Pagliano, Pleuyette, Rampal, Raynaut, Sépet.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le professeur *Terrier*, qui devait prendre la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié, ayant refusé de quitter l'hôpital Bichat, où il a organisé de magnifiques services de chirurgie, reste professeur d'Opérations et Appareils. Le conseil des professeurs réuni a procédé à l'élection du nouveau professeur de clinique chirurgicale et a présenté en première ligne M. le docteur *Berger*, agrégé chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; en 2e ligne, M. le Dr Monod, de Saint-Antoine.

— M. le professeur *Baillon* vient d'être élu à l'unanimité membre de la Société royale de Londres. Et dire qu'il n'est pas de l'Institut de France !

— *Les victimes du typhus à Alger.* — Une grave épidémie de typhus règne à Alger et fait de nombreuses victimes dans le personnel hospitalier. Depuis le début de l'épidémie, sur 17 décès survenus à l'hôpital de Mustapha, on compte *huit infirmiers*, et malgré cette mortalité relative, aucune défaillance ne s'est produite parmi eux. Un externe de l'hôpital civil, M. Jean Philipon, âgé de 28 ans, détaché à l'ambulance d'El-Kattar est mort du typhus exanthématique, qu'il avait contracté dans l'exercice de ses fonctions.

(*Lyon médical.*)

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

LAURENT (Dr E.), ancien interne à l'infirmerie des prisons de Paris. — **L'Anthropologie criminelle** et les nouvelles théories du crime. In-8°. *Deuxième édition.* **5** fr.

Ce volume a déjà fait son chemin et se recommande de lui-même. C'est un résumé très précis et très complet des idées et des recherches de chaque école ; en somme une œuvre de vulgarisation utile et attendue de tous ceux qui s'intéressent à ces passionnantes questions de sociologie. On y trouvera des chapitres nouveaux sur les causes d'irresponsabilité, sur la criminalité chez les animaux, etc.

L'ouvrage, édité avec le soin qu'apporte à toutes ses publications la Société mutuelle d'Editions scientifiques, contient les portraits des criminalogistes français et étrangers les plus connus :

Paul Aubry, M. Benedikt, A. Bertillon, Dimitri Drill, Laschi, A. Guillot, H. Joly, A. Lacassagne, Emile Laurent, H. Coutagne, Liégeois, Semal, P. Brouardel, A. Bournet, Ladame, Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo et G. Tarde.

PAULIER (Dr ARMAND B.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Questions d'externat** (Manuel du candidat). **6** fr.

Il faut posséder bien à fond son sujet et avoir une très grande habitude pour *résumer* deux questions orales en cinq minutes chacune, après cinq minutes de réflexion. Le Dr PAULIER a choisi parmi les sujets mis dans l'urne depuis vingt-cinq ans ceux qui ont été donnés le plus souvent et qui ont le plus de chance de revenir chaque année. L'élève possédant bien notre Guide, qui ne contient pas moins de **540** pages, est sûr de passer un brillant examen, puisque les questions y sont traitées telles qu'elles ont été posées par le jury et en tenant compte du délai prescrit.

MORAIN (Dr W.). — **Questions d'internat** (Manuel du candidat), publié sous la direction du Dr W. MORAIN, avec la collaboration d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 raisin de plus de 600 pages, cartonné à l'anglaise. **7** fr. **50.**

LATOUR (Dr). — **Examens de doctorat**. Questions posées par les examinateurs, recueillies par le Dr LA TOUR. 6 volumes in-18 raisin. Prix du volume. **1** fr. **25.**

PETIT (G.). — **Guide des travaux pratiques de Chimie** à l'Ecole de médecine de Paris. Prix. **1** fr. **50**; à l'Ecole de chimie organique. Prix. **1** fr. **50.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 26 30 Juin 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de direction du 20 juin 1894.

Présents : MM. Cézilly, Maurat, Gassot. *Excusé* : M. Gibert.

Le conseil examine les comptes de la Société civile et de la Caisse de prévoyance et décide qu'il sera acheté, pour le compte de la Société civile, deux obligations du chemin de fer de l'Est nouvelles, et pour le compte de la Caisse de Prévoyance, une obligation semblable.

Les numéros seront publiés au journal.

Il constate 75 adhésions nouvelles à la Société civile.

Le Conseil de direction, considérant que l'étude nouvelle, faite par l'actuaire M. *Léon Marie*, en vue de prolonger la participation à l'*Association amicale*, rentre dans les frais d'études pour la constitution de l'association, décide que l'allocation de deux cents francs, prix du travail de l'actuaire, sera supportée par la Société civile.

Abordant la question de l'*Association amicale*, le conseil décide qu'une note insérée au journal rappellera aux membres de cette association que, dans leur intérêt, ils doivent envoyer au trésorier leur cotisation semestrielle dans le mois de juillet sous peine de suspension du droit à l'indemnité (art. 12 des statuts).

Le Conseil dépouille la correspondance et discute les questions diverses intéressant les membres de la Société.

Signé : Cézilly, Gassot, Maurat.

Les réformes médicales. — Les moyens de les obtenir.

Reconstitution de la Réunion extraparlementaire des médecins législateurs

A l'heure actuelle et après avoir obtenu, après 10 années de patience, de démarches, pétitions au Sénat et à la Chambre, mémoires à l'appui, intercession directe auprès des législateurs, la revision de la loi sur l'exercice de la médecine, le *Concours médical* se trouve en présence de nouvelles et nombreuses questions. En 1889 en participant à la constitution de l'*Association de la presse médicale*, il a contribué à établir un accord profitable entre les organes qui sont les porte-paroles naturels des médecins. Le *Conseil de direction du Concours*, les syndicats par leur *Union*, le conseil général de l'Association, les bureaux des diverses associations médicales, sont les représentants naturels de nos revendications. Ils agissent, chacun de leur côté et de leur mieux, auprès des pouvoirs publics, des commissions des chambres, des ministres ; ils présentent des observations, s'efforcent de les intéresser aux causes qu'ils soutiennent. Mais les ministres changent bien souvent, et que de fois les démarches deviennent stériles, à cause de ces modifications perpétuelles, qui substituent à des commissions, à des ministres bien disposés, des commissions et des ministres insuffisamment informés. La peine qu'on s'est donnée est perdue.

Nous avons constaté que cette instabilité était la cause principale de nos déceptions et que, d'autre part, nous ne trouvions pas, parmi nos confrères, législateurs, députés ou sénateurs, une connaissance suffisante de nos aspirations et des arguments que l'on peut faire valoir pour les satisfaire.

En conséquence, d'accord avec le *Conseil de direction du Concours*, nous avons résolu de faire une tentative dans un ordre d'idées différent.

Considérant le nombre très considérable de médecins députés et de médecins sénateurs qui sont pour nous des aboutissants naturels, permanents, puisque, à chaque renouvellement de législature, ils reviennent, en plus grand nombre, au Parlement, nous avons reconnu que c'est à eux que nous devions nous adresser, afin de nous épargner les visites interminables comme attente, qui se résument en quelques minutes d'audience et sont sans résultat sérieux; nous avons compris qu'il était préférable de ne faire ces démarches que dans des circonstances exceptionnelles et qu'il valait mieux utiliser la bonne volonté naturelle des médecins législateurs.

Il fallait, en conséquence, tâcher de reconstituer, sur des bases nouvelles, la *réunion extraparlementaire des médecins législateurs*.

Nous nous en étions bien souvent entretenus, avec Chevandier. Il nous avait fait le très intéressant récit des efforts de cette réunion, créée sous ses auspices et ceux de Liouville; énuméré les questions qu'elle avait étudiées : législation sur les aliénés; assistance publique; législation médicale. Il nous avait dit que les circonstances n'avaient pas été favorables et qu'à cette époque, les médecins n'avaient pas su utiliser, suffisamment, la bonne volonté des sénateurs et médecins députés, qui, d'ailleurs, étaient bien moins nombreux qu'aujourd'hui.

Comme, d'autre part, plus que jamais, nos confrères ont, maintenant, à leur disposition, grâce à nos efforts et à ceux qu'ont faits d'autres Sociétés, nombre d'Associations très vivantes, très disposées à se signaler par leur activité et à tacher de résoudre les nombreuses questions médicales, la plupart soulevées par le Concours médical, nous avons décidé d'agir.

Grâce à la bonne volonté d'un membre du Concours médical, député des Hautes-Pyrénées et fils du Président de l'Association de ce département, le Dr Pédebidou, et du député de la Côte-d'Or, le Dr Guéneau, également membre de notre Société, nous avons demandé et obtenu la reconstitution de la Réunion extraparlementaire médicale des médecins députés et sénateurs.

Nos confrères députés ont rédigé une invitation motivée et pressante.

Cette invitation a porté ses fruits et plus de quarante adhésions sont venues confirmer nos prévisions. Elles se compléteront, et aucun de nos confrères du parlement ne voudra refuser, nous en avons l'espoir, son assistance.

Nous avons demandé et obtenu que des délégués des grandes associations médicales soient admis aux réunions.

Par cette nouvelle organisation, opérée à sa sollicitation, le Concours médical a la conscience d'avoir, encore une fois, rendu un grand service à la profession. Il le constate, pour ses adhérents et ses lecteurs. Ses œuvres restent, peu à peu se développent et portent tous leurs fruits.

Compte rendu de M. le Dr Pédebidou.

Réunion du 21 juin.

M. Pédebidou expose le but de la convocation; il rappelle l'action exercée par le groupe parlementaire de 1885 et la part prise par les représentants du groupe et en particulier de M. Chevandier au vote de la loi sur l'exercice de la médecine. Il examine les diverses questions qui sollicitent les efforts des médecins du Parlement.

Il est ensuite procédé à la constitution du bureau:

Président d'honneur : M. Berthelot, sénateur.
Président : M. Léon Labbé, sénateur.
Vice-Présidents : Cornil, sénateur, Lannelongue, député.
Secrétaires : Dellestable, sénateur, Pédebidou, député.
Questeur : Guéneau, député.

M. Labbé remercie. Il fait part de son intervention à propos du service militaire des étudiants en médecine; membre de la commission de l'armée du Sénat, il a été chargé d'un rapport qui sera très prochainement discuté devant la Chambre Haute. D'accord avec le Ministre de la Guerre, il conclut à la fixation à 27 ans, au lieu de 26, de la limite d'âge des étudiants en médecine astreints au service militaire.

M. Ouvrier remercie M. Léon Labbé et exprime le désir que cette satisfaction soit complétée, dans un avenir prochain, par une modification profonde dans les conditions où les étudiants sont appelés à servir pendant un an.

Si les travaux parlementaires le permettent, le groupe tiendra une nouvelle réunion avant la séparation des Chambres.

Sur la proposition de M. Pédebidou, il est décidé qu'on appellera aux réunions les délégués des grandes Associations médicales.

Compte rendu de M. le Dr Guéneau.

Groupe médical extraparlementaire.

Nous reproduisons également le compte rendu du Dr Guéneau, un peu plus explicite que le premier. Un dîner du groupe médical aura lieu le 4 juillet au restaurant Marguery.

Les médecins, sénateurs et députés, dont les noms suivent se sont réunis le 21 juin, à l'effet d'examiner les questions nombreuses qui touchent de près à l'exercice de la profession médicale, à l'organisation de l'assistance aux indigents et à la protection de la santé publique.

L'assemblée a constitué ainsi son bureau :

Président d'honneur : Prof. Berthelot, sénateur, membre de l'Institut.
Président : Prof. Labbé, sénateur de l'Orne.
Vice-Présidents : Prof. Cornil, sénateur (Allier), Prof. Lannelongue, député (Gers).
Secrétaires: Dr Dellestable, sénateur (Corrèze), Dr Pédebidou, député (Hautes-Pyrénées).
Questeur-Trésorier : Dr Guéneau, député (Côte-d'Or).

S'étaient fait excuser: M. Cornil, retenu au Sénat par la discussion du projet de loi sur l'assainissement de la Seine et M. Combes, sénateurs.

MM. Chautemps, Leborgne, Clédou et Quintaa, députés.

Etaient présents : MM. les Sénateurs Berthelot,

Labbé, Dellestable, Ouvrier (Aveyron), Demoulin de Riols (Landes), Taulier (Vaucluse), Caillot (Haute-Saône), Rolland (Tarn-et-Garonne), Francoz (Haute-Savoie), Gerente (Alger), Frézoul (Ariège), Villard.

MM. les députés de Mahy (la Réunion), Bourcy (Charente-Inférieure), Amodru (Seine-et-Oise), Bizarelli (Drôme), Guéneau (Côte-d'Or), Guignard (Maine-et-Loire), Pourteyron (Dordogne), Marfan (Aude), Cot (Hérault), Cosmao-Dumeuez (Finistère), Delbet (Seine-et-Marne), Ricard (Côte-d'Or), Leroy (Somme), Pédebidou (Hautes-Pyrénées), Bourrillon (Lozère), Isaac (Guadeloupe), Guillemaut (Saône-et-Loire), Legludic (Sarthe), Lannelongue (Gers), Bourgoin (Ardennes), Gacon (Allier), Delarue (Allier).

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie et traitement des amygdalites aiguës.

On sait, dit la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, que, dans la lutte qui se livre dans la cavité buccale entre les micro-organismes nombreux qu'elle contient et qui sont nuisibles en grande partie pour l'organisme, l'amygdale est le seul organe de défense. Anneau principal de la grande chaîne lymphatique du gosier, elle est la citadelle avancée de la phagocytose et son bon fonctionnement assure la victoire contre l'invasion microbienne.

Sans cesse balayée par les liquides de la bouche, par les parcelles alimentaires, par l'air atmosphérique, placée sur les confins de la cavité buccale et des fosses nasales, l'amygdale est sans cesse menacée. Exposée pour ainsi dire à tous les contre-temps, à toutes les tempêtes, il faut, pour lui assurer son rôle de protection et de résistance, qu'elle soit toujours en parfait état.

De là, la nécessité pour prévenir toute infection, de surveiller attentivement l'asepsie de la cavité buccale et des cavités nasales, l'obligation de faire laver, après chaque repas, la bouche et les dents des malades qui sont sujets aux angines, avec des substances antiseptiques, telles que l'eau de Botot salolée (1/200), l'eau boriquée, une solution d'acide thymique (1/3000), d'acide salicylique (1/500), un mélange d'eau et de teinture d'eucalyptus phéniquée, faire pratiquer chaque matin des douches nasales avec de l'eau salée chaude une solution de salicylate de soude (1/100), de résorcine (2/100), en ayant le soin de recommander au malade de ne pas se moucher après la douche afin d'éviter le reflux du liquide dans la trompe d'Eustache.

Si les dents sont en mauvais état, exiger leur bon entretien, les ulcérations de la muqueuse au niveau des gencives, les suppurations dentaires, le séjour des parcelles alimentaires dans leurs cavités, ne pouvant qu'être fort nuisibles.

Il faut conseiller aux malades d'éviter le froid, et surtout le froid aux pieds.

Enfin, s'il y a eu antérieurement des amygdalites aiguës et si l'on soupçonne un microbisme latent de l'amygdale, il faut en plus des moyens déjà indiqués, assurer l'asepsie des amygdales, en les badigeonnant chaque jour avec des substances microbicides (glycérine iodée, salol camphré), dont voici la formule :

Camphre pulvérisé...	20 grammes.
Salol................	10 —
Alcool à 90°.........	5 —

Ce traitement médical est imparfait, il doit être longtemps continué et constitue ainsi une sujétion fort ennuyeuse. Il est insuffisant, car il ne réalise qu'une asepsie amygdalienne relative et toute de surface ; comme le fait judicieusement observer M. Lermoyez, le fond des cryptes, véritables étuves de cultures où s'établissent les amygdalites, lui échappe entièrement.

S'il est vrai que l'amygdale protège dans une certaine mesure l'organisme contre l'invasion microbienne, l'*amygdalotomie* et la *cautérisation ignée* ne réalisent pas une bonne prophylaxie, puisque la première supprime tout à fait l'organe et la deuxième contribue à rétrécir les orifices des cryptes et par suite à les empêcher définitivement de se vider.

Le procédé de choix est la *discision*. Elle consiste à faire sauter les ponts de tissu amygdalien, qui séparent les cryptes, et à ouvrir largement celles-ci, de façon à ce que la rétention des sécrétions, des débris alimentaires n'y soit plus possible, et que, par suite, les fermentations microbiennes cessent de s'y produire. C'est, en un mot, appliqué à l'amygdale, le traitement classique de la fistule à l'anus ; transformation des clapiers en surfaces planes et suppression de la stagnation qui s'y fait. La discision se pratique à l'aide d'un crochet spécial ; faite par une main exercée, avec l'aide de la cocaïne, elle cause une douleur insignifiante, une hémorrhagie très faible, et, ne déterminant presque pas de réaction inflammatoire, elle évite les souffrances consécutives.

« En deux ou trois séances, le malade est radicalement débarrassé pour l'avenir, de ses amygdalites ; il n'aura plus à s'astreindre à des précautions désormais inutiles. »

Quant au traitement, il doit être dirigé d'abord contre l'affection septique, ensuite contre la douleur.

Un excellent gargarisme est le suivant :

Chlorhydrate de cocaïne..		0 gr. 10 cent.
Acide phénique cristallisé.		2 »
Teinture d'eucalyptus.	ãã	15 »
Glycérine............		
Eau....................		500 »

Mélanger ce gargarisme avec partie égale d'eau de pavot chaude et conseiller au malade d'en avoir le plus souvent possible dans la bouche et d'immerger continuellement ses amygdales dans ce liquide, les douches nasales ne doivent pas être oubliées.

On doit faire usage des solutions déjà signalées plus haut.

Si la région amygdalienne est très douloureuse, on peut alterner le gargarisme antiseptique avec un gargarisme calmant dont voici la formule :

Bromure de potassium.........	10 gr.
Laudanum de Sydenham......	2 —
Miel rosat..................	50 —
Eau d'orge..................	500 —

Les applications d'huile chaude et d'ouate sur

le cou, le tout recouvert d'un taffetas imperméable rendent des services.

Les bains de pieds sinapisés, les bottes d'ouate, les purgatifs légers sont des moyens thérapeutiques auxquels il ne faut pas manquer d'avoir recours.

Le traitement de l'état général par les préparations toniques, alcool et quinquina, ne doit pas être oublié.

Le Dr *Raymond*, de Chicago, conseille d'employer les badigeonnages locaux sur chaque amygdale avec *le gaïacol* pur, et d'étendre ce liquide sur toute la surface de la glande au moyen d'un petit tampon d'ouate, en évitant soigneusement qu'un excès de liquide ne tombe dans le larynx.

Ces badigeonnages provoquent une sensation de cuisson assez forte, mais supportable, généralement de peu de durée.

L'effet du gaïacol est très prompt à se produire. Il se manifeste tout d'abord par la cessation des douleurs, puis par la disparition de la fièvre et la diminution rapide de la tuméfaction des amygdales — souvent la déglutition, très douloureuse auparavant, devient complètement indolore, dix à quinze minutes après l'application de gaïacol et la température tombe, — un ou deux badigeonnages suffiraient pour amener, en quarante-huit heures tout au plus, la guérison complète des amygdalites phlegmoneuses les plus intenses.

L'Hallux valgus.

On donne le nom d'hallux valgus à une difformité du pied caractérisée par la déviation du gros orteil en dehors, c'est-à-dire vers les autres orteils, du même pied avec chevauchement de cet orteil par-dessus ou par-dessous les orteils voisins. M. le Dr S. *Quevedo* a consacré sa thèse à l'étude du traitement de cette gênante difformité.

Il conseille d'employer d'emblée la résection de la tête du premier métatarsien. Cette résection n'entraîne pas un trouble physiologique considérable dans le fonctionnement du pied si les sésamoïdes sont conservés dans leur position normale et si l'on met en rapport avec eux l'extrémité du métatarsien réséqué. On fait la résection partielle ou totale, oblique ou transverse. Quand les sésamoïdes déplacés ou déformés ne peuvent plus fournir à l'extrémité du métatarsien réséqué un appui utile, on pratique la résection cunéiforme du col du métatarsien.

De plus, la ténotomie de l'extenseur propre, du 1er faisceau du pédieux ou des abducteurs est indiquée quand on reconnaît qu'ils s'opposent au redressement de l'orteil.

L'ankylose métatarso-phalangienne de l'orteil que plusieurs chirurgiens cherchent à obtenir en raclant le cartilage de la cupule phalangienne n'est pas, en général, nécessaire pour obtenir un bon résultat. Les Drs Hamilton et Remy, au lieu de chercher à produire cette ankylose ont tâché de l'éviter, dans leurs résections. Leurs opérés ont présenté une légère mobilité du gros orteil dans le sens de la flexion et de l'extension, ce qui a rendu meilleur le résultat obtenu. L'ankylose ne serait vraiment indiquée que pour les hallux valgus très difficiles à maintenir réduits ou dans le cas de lésions telles qui peuvent faire craindre le ballottement de l'orteil.

Les écueils à signaler dans le résultat opératoire sont, principalement, la persistance de l'écartement et le *relèvement* du 1er métatarsien.

Pour éviter le relèvement du premier au-dessus du plan des autres métatarsiens, la section du tendon extenseur peut être utile. Pour corriger son écartement, il conviendrait de raccourcir les attaches fibreuses du 1er au 2e métatarsien (*ligament transverse de solidarité* des métatarsiens). Cet écartement et ce relèvement du métatarsien seraient évités en même temps, si l'on trouvait un moyen de fixer (par suture ou autre) le 1er métatarsien réséqué au 2e métatarsien. Ce serait là, une amélioration opératoire à expérimenter.

Procédé nouveau de désinfection par l'électrolyse de l'eau de mer.

On parle beaucoup depuis quelque temps d'une importante découverte d'un professeur de Rouen, M. *Hermite*, qui est arrivé à désinfecter les lieux d'aisances, et en général tous les milieux de cultures microbiennes, par l'eau de mer électrolysée.

Les premières expériences furent faites dans un hangar, dans lequel avait été installé provisoirement l'électrolyseur. En s'y rendant, les personnes qui avaient été invitées à assister à ces essais constatèrent, en passant sur un ruisseau, que l'eau, qui coulait dans celui-ci était décolorée et n'avait aucune odeur ; ce liquide paraissait avoir nettoyé les pierres sur lesquelles il avait passé. Un peu plus haut, se trouvait la source de ce ruisseau et, à côté, un siphon qui avait reçu, depuis une vingtaine de jours, toutes les matières provenant d'un lieu d'aisances qui servait à un grand nombre d'ouvriers et à leurs familles. Le couvercle de ce siphon fut enlevé et, au grand étonnement des personnes présentes, la seule odeur qui s'en dégageait était une odeur de chlorine. Toutes les matières qui avaient été déposées sur ce point avaient disparu et le ruisseau ne charriait qu'un liquide complètement inodore. Une des personnes qui assistaient à cette expérience, ne comprenant pas que tout le résidu eût disparu, demanda à M. Loire, directeur du service des eaux, à Lorient, à quel moment il avait été nettoyé. M. Loire répondit que ce siphon avait fonctionné au Havre pendant quatre ou cinq mois, dans les mêmes conditions. M. Loire leur dit, en outre, qu'il existait encore, à l'ancien abattoir, un égout qui avait dû être fermé et qui avait été la cause de plusieurs épidémies qui sévirent à Lorient. On avait dépensé des sommes considérables pour désinfecter cet égout, mais jusqu'alors toutes les tentatives que l'on avait faites avaient donné des résultats négatifs. L'odeur nauséabonde qui se dégageait de cet égout était insupportable. Lorsque M. Hermite eut fait ses premières expériences, on avait fait pénétrer dans cet égout une quantité d'eau de mer électrolysée. L'efficacité de ce procédé fut démontrée immédiatement. La mauvaise odeur avait disparu et les murs, que les eaux de l'égout baignaient avant, devinrent de nouveau secs et propres. Pour donner une idée de la condition dans laquelle se trouvait cet égout, avant qu'il fût nettoyé par le procédé Hermite, M. Loire fit apporter une bouteille contenant une certaine quantité de boue liquide ayant une odeur insupportable.

D'après M. *Dubosc*, voici comment agit l'eau de mer électrolysée sur les liquides ou les poussières infectées :

Les microbes se divisent en deux catégories : aérobies et anaérobies. Les premiers ne peuvent vivre dans l'eau de mer électrolysée à cause des phénomènes chimiques qui s'y passent : la cellule qui forme le bacille est attaquée par l'effet corrosif de l'oxygène et consumés par ce gaz.

Les seconds sont tués aussi par l'oxygène et la *chlorine*, qui se dégagent dans l'eau de mer électrolysée.

Que d'applications pratiques en vue ! Les villes insalubres n'ont plus besoin de s'inquiéter des égouts ; il suffira de laver les rues à grande eau avec l'eau de mer électrolysée.

Anesthésie par le chloroforme et l'éther.

La question de l'anesthésie est de nouveau sur le tapis à la Société de chirurgie. On a préconisé avec beaucoup d'insistance le bromure d'éthyle comme anesthésique parfait. Mais voilà que le bromure d'éthyle a, comme ses congénères, provoqué depuis quelques morts. Il n'est donc pas meilleur qu'eux.

M. *Laborde* vient d'avoir l'idée d'associer tout simplement le chloroforme et l'éther. Les expériences qu'il a tentées sur le lapin sont tout à fait concluantes. Si l'on fait respirer à un lapin quelques gouttes de chloroforme et d'éther, il ne se produit aucun arrêt cardio-respiratoire et c'est à peine si, en insistant, l'on obtient un léger ralentissement traduit par un levier cardio-pneumographique. Il suffit d'ajouter à l'éponge ainsi imbibée un peu de chloroforme pur, pour déterminer presque immédiatement le phénomène d'arrêt.

Le mélange possède ainsi une activité nocive sensiblement inférieure à celle du chloroforme seul, et réalise, par conséquent, des conditions avantageuses de ce côté ; il engendre, néanmoins, une anesthésie complète, plus facilement et plus rapidement obtenue qu'avec l'éther seul, et sans paraître donner lieu aux accidents chloroformiques proprement dits. Le chloroforme y reste et s'y trouve, cependant, dans une proportion relativement assez élevée, 9/10 pour 1/10 ou 2/10 d'éther ; mais il se pourrait bien que le rôle modérateur de l'éther, en ce cas, dût être attribué moins à la quantité qu'à l'action réfrigérante de ses vapeurs mélangées à celles du chloroforme.

Quoi qu'il en soit, ce mélange a été déjà d'un usage fréquent à l'hôpital Tenon, notamment dans le service de M. le docteur Reynier, avec des résultats qui n'ont pas été sans frapper le chirurgien, et qui confirment l'essai expérimental.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

La pelvimétrie et la dystocie par rétrécissement du détroit supérieur.

Les récents progrès de l'obstétrique opératoire ont singulièrement modifié les indications de l'intervention dans les cas de dystocie par rétrécissement du détroit supérieur. Peu à peu, grâce à ces progrès, on verra disparaître de l'arsenal obstétrical ces épouvantables instruments de supplice, qui ont nom *crânioclastes, embryotomes, céphalotribes, basiotribes* ; ce chapitre du massacre barbare des Innocents n'aura plus place que dans les poudreux bouquins des temps jadis à côté des descriptions des instruments de supplice de l'inquisition. Bien plus, il ne sera plus question pour les cas de rétrécissements du détroit supérieur, d'accouchement prématuré provoqué, encore si souvent employé, au grand préjudice des enfants qui ne vivent pas toujours même dans les couveuses, et qui, s'ils vivent, restent généralement des êtres chétifs et malingres. M. le professeur *Farabeuf* veut même que l'on abandonne la version et surtout le forceps dans tous les cas de rétrécissement du détroit supérieur. En effet, dit-il, la version est une opération qui dans ce cas ressemble fort à un jeu de dés, et le forceps est affreusement dangereux dans un bassin trop juste. « Au détroit supérieur le forceps ne peut être appliqué que dans une direction antéro-postérieure ou un peu oblique relativement à la mère. Or, dans ces conditions, la cuillère postérieure, dont le manche est repoussé en avant par la fourchette vulvaire et le coccyx, supprime la concavité nécessaire du sacrum. De plus, le forceps, ayant ses branches fortement appuyées sur le périnée et le coccyx, est fixé ; il n'y a ni pour la tête, liberté de basculer en arrière, ni pour l'opérateur possibilité de tirer dans l'axe, même avec le parfait instrument du professeur Tarnier.

« Enfin, le forceps a un inconvénient plus grand encore. Introduit dans l'anneau osseux du détroit supérieur comme un porte-fusain dans sa virole, ainsi que dit Pajot, il représente un coin très allongé que l'on tire à travers un anneau inextensible. La force de traction se trouve multipliée quelquefois dans des proportions énormes. Plus les faces du coin se rapprochent du parallélisme, plus s'augmente cette action qui peut atteindre et atteint souvent dans la pratique plusieurs centaines de kilogrammes.

« Avec cette force de traction décuplée, on peut amener les enfants en leur aplatissant la tête. Beaucoup viennent morts ; d'autres survivent quelques jours, avec ou sans convulsions ; si l'on fait l'autopsie, on trouve un enfoncement osseux, des fractures multiples, un hématome méningé, etc.

Quelques-uns ne meurent pas et restent avec leur enfoncement, une simple déformation et plus ou moins d'ampleur intellectuelle. Parfois, c'est la symphyse que le forceps fait éclater avec bruit.

« Heureusement, que, la plupart du temps, le forceps ne donne pas la mort, à cause de la mollesse et de la petitesse de la tête, à cause de la brièveté du sacrum, à cause de la destruction du périnée, à cause du faible degré ou de l'absence de rétrécissement. »

Que faire pour éviter les accidents et mener à bien l'accouchement ?

Suivre les préceptes que nous empruntons à MM. Farabeuf et Pinard (1).

I

PELVIMÉTRIE.

On ne doit jamais faire un accouchement, ou tout au moins abandonner un accouchement à

(1) *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1894, n° 24.

la nature, sans avoir au préalable mesuré soigneusement le bassin de la mère et même, si c'est possible, la tête du fœtus.

Il est toujours possible par le toucher vaginal mono ou bi-digital de s'assurer que le détroit supérieur est large ou étroit.

Quand il est large et que, par le palper, on a reconnu approximativement le volume de la tête fœtale, on peut laisser faire la nature, quitte à l'aider en fin de compte dans l'excavation au moyen du forceps, si l'accouchement est trop lent.

Mais si le détroit paraît un peu juste, ou la tête fœtale très volumineuse, alors il faut procéder à des mensurations précises, dont nous allons indiquer la méthode.

On a l'habitude de mesurer beaucoup trop au hasard le *diamètre promonto-pubien*. En effet, pour mesurer ce diamètre, on est obligé d'employer un moyen détourné; on prend les dimensions du *promonto-sous-pubien*, et l'on fait, pour obtenir le promonto-pubien, une déduction arbitraire, 15 mm. à Paris, un autre chiffre en Allemagne, etc. Or, il est facile de voir que cette déduction doit être très variable suivant l'inclinaison de la symphyse relativement au sacrum. Pour une même longueur du sous-pubien, le promonto-pubien peut varier de 30 millimètres, suivant que l'axe de la symphyse est plus ou moins oblique.

Ce qu'il faut bien connaître, c'est non seulement le promonto-pubien, c'est surtout le diamètre moyen de l'excavation, le *mi-sacro-pubien*.

Revenons, à ce propos, sur un point du mécanisme de l'accouchement généralement mal indiqué et mal compris dans les traités classiques.

« A l'état normal, la tête s'oriente transversalement ou à peu près; mais comment s'incline-t-elle, comment se pose-t-elle sur le détroit supérieur ?

« Cherche-t-elle à y pénétrer de haut en bas et d'avant en arrière, dans l'axe du détroit, pour s'en coiffer comme d'un chapeau bien équilibré enserrant les deux pariétaux aussi près d'une oreille que de l'autre ?

« Si cela est, c'est le *synclytisme* enseigné couramment en France. Alors, l'une des bosses pariétales, l'antérieure, serait en rapport avec le pubis en même temps que l'autre, la postérieure, le serait avec le promontoire ou le côté du promontoire. Vu l'inclinaison du détroit, la tête du fœtus mise dans cette attitude forme une saillie énorme en avant, qui ne plaide pas en faveur de cette hypothèse.

« L'*asynclytisme* de Naegele est encore plus invraisemblable. Dans cette hypothèse, c'est le pariétal antérieur qui s'incline sur le pubis et descend le premier, tandis que la bosse postérieure et l'oreille sont encore au-dessus du promontoire.

« Or, c'est le contraire qui se passe; la tête se place en asynclytisme opposé à celui de Naegele. La bosse postérieure est déjà loin au-dessous du promontoire, devant la concavité du sacrum, alors que la bosse antérieure repose encore sur le pubis.

« La bosse pariétale postérieure passe la première; la bosse antérieure ne franchit le pubis qu'après, et, point capital, la tête passe en basculant comme un battant de cloche qui s'en irait battre la concavité du sacrum. C'est le contraire de l'asynclytisme de Naegele et du synclytisme ou passage simultané des bosses que l'on enseigne. Dans l'hypothèse de Naegele, où la tête est largement appuyée en avant sur les pubis, la bosse pariétale postérieure est en conflit avec le dessus du promontoire : il faudrait qu'elle pût s'aplatir pour le franchir. De même pour que le passage des deux bosses eût lieu en même temps, le diamètre bi-pariétal devrait subir une réduction faible ou excessive, car nous sommes toujours, bien entendu, dans l'hypothèse d'un bassin juste ou trop juste, c'est-à-dire calibré ou franchement rétréci.

« Il y a longtemps qu'en introduisant un levier, une cuillère de forceps en avant de la tête, entre elle et le pubis, on a constaté qu'on pouvait la faire basculer en arrière et s'engager. »

Voilà le véritable mécanisme; rompons avec toutes les manœuvres, tous les instruments qui le contrarient.

Sa réalisation exige que le sacrum soit *divergent* relativement à la symphyse, c'est-à-dire que la paroi postérieure de l'excavation s'écarte de plus en plus des pubis en allant de haut en bas depuis le promontoire jusqu'au milieu du sacrum. Il est donc de la plus haute importance, pour le pronostic, de connaître la distance qui sépare le pubis de la face pelvienne, concave ou non, du sacrum, c'est-à-dire le diamètre *mi-sacro-pubien*.

« Ce diamètre doit être au moins aussi grand que le diamètre bi-pariétal très peu réductible, puisqu'il doit le recevoir.

« Il est plus important encore de le connaître que le promonto-pubien. Celui-ci, en effet, peut être notablement plus étroit que le diamètre céphalique qui s'offrira à lui, tempe appliquée au promontoire, pariétal sur les pubis. Car ce diamètre temporo-pariétal, la tempe qui est dépressible, peut le réduire de plus de 10 millimètres sans danger. Dans le mi-sacro-pubien, au contraire, le bi-pariétal est en cause; et une fois le chevauchement sagittal réalisé, il ne cède plus d'un millimètre. »

Comment allons-nous procéder à ces mensurations? Nous laissons la parole à M. Farabeuf:

« Je mesure, comme tout le monde, le diamètre promonto-sous-pubien avec mon doigt nu ou armé d'une tige rectiligne. J'introduis en même temps, dans la vessie, une petite sonde large et mince, coudée à angle droit et que j'appelle *sonde-équerre vésicale*. La partie coudée, plate, haute de 3 centimètres 1/2, prend facilement le contact tangentiel cherché en s'appliquant à la face postérieure du pubis. Je tiens mon index, qui touche le promontoire, étendu en *ligne droite* sur son métacarpien et la partie longue antérieure de la sonde appliquée de manière à se confondre avec cette ligne. Je mesure les distances : 1° du sous-pubis au promontoire et 2° du sous-pubis au pied de la perpendiculaire formée par la partie intra-vésicale de la sonde. Sur un papier quadrillé, on fait facilement la construction des lignes ainsi mesurées :

1° Distance de l'arcuatum ou sous-pubis à la base du sacrum (verticale : A S);

2° Distance A **p** de l'arcuatum au **p**ied de la perpendiculaire de la sonde en mettant l'ongle sur la sonde à ras du sous-pubis. Cette distance donne sur la ligne déjà tracée le point **p** et le

point **c** à trois centimètres sur la perpendiculaire élevée du point **p**. Le point **c** est celui du contact de la sonde avec le *culmen* pubien. Il a été fixé arbitrairement, mais après études et réflexion, à la distance de 3 centimètres. Une fois le point **c** marqué sur le papier, il n'y a plus qu'à y mesurer avec une règle graduée ou un ruban métrique la distance **c s**.

3° Enfin, comme il est indispensable de mesurer au doigt le diamètre de l'excavation, le mi-sacro-pubien **a m**, rien n'est plus facile que de représenter finalement la coupe du bassin. Le point **m** est à 6 centimètres du promontoire, puisqu'il est juste au-dessous de la 2e vertèbre sacrée et puisque ces vertèbres ont chacune 3 centimètres d'épaisseur.

« Au lieu des erreurs considérables données par l'ancienne méthode, je n'ai jamais constaté sur le cadavre une erreur de plus de trois millimètres ; c'est donc l'exactitude idéale.

« Une petite difficulté peut se présenter : tous les accoucheurs n'ont pas des doigts de violonistes ; il peut arriver qu'ils aient l'index trop court pour atteindre le promontoire.

« Or, pour se contenter de la sonde-équerre vésicale, il faut être certain de marquer dessus le sous-pubis pendant qu'elle y est appliquée et absolument bien *dirigée vers le promontoire*.

« Evidemment, toute difficulté et toute cause d'erreur disparaissent avec l'emploi, simultané à celui de la sonde, d'une *gouttière directrice* rectiligne dont un doigt quelconque, le médius ou l'index, porte l'extrémité au contact du sacrum.

« L'autre main applique les deux pièces l'une dans l'autre, établit le contact pubien et laisse lire le diamètre cherché sur la sonde, juste au bout de la gouttière. »

Voilà pour la mensuration du bassin.

Nous pouvons connaître d'une façon précise les diamètres capitaux :

Le promonto-pubien qui est en conflit avec le temporo-pariétal, dépressible à la tempe, et le mi-sacro-pubien qui doit recevoir le bi-pariétal presque irréductible.

Si nous trouvons un détroit supérieur de 90, 85, 80 et même 75 mm., surmontant une belle excavation, c'est-à-dire un mi-sacro-pubien approchant de 100 mm., nous devons espérer que l'accouchement se fera tout seul, ou à peu près seul, pourvu que la tête soit normale.

Mais si la tête ne bouge pas, une fois la dilatation du col entièrement terminée, si elle ne s'engage pas dans l'excavation, avant que l'enfant ne souffre, il faut mesurer cette tête.

L'instrument qui peut servir à mesurer la tête est nommé *levier mensurateur et préhenseur* ; c'est une sorte d'immense brise-pierre, muni de longs manches. Il se compose d'une branche, tige droite, terminée par une cuillère à fenêtre relevée à angle droit. On introduit cette cuillère avec la plus grande facilité entre le promontoire et le pariétal postérieur pour embrasser celui-ci ; ensuite la seconde branche également tige droite, avec cuillère relevée à angle droit, que l'on introduit entre le pubis et le pariétal antérieur.

Pour que ce soit possible, la cuillère articulée en charnière se met en ligne sur sa tige et on l'introduit ainsi en arrière et sur le côté : à mesure que l'on cherche à l'amener en avant, la cuillère se redresse et se place facilement d'elle-même ou avec le secours du doigt.

Une tringle à crochet assemble les deux branches.

On tient la tête casquée de près. Rien ne touche le périnée ; l'ensemble des tiges sort en ligne droite sous le pubis. Rien n'empêche la tête d'aller dans la concavité sacrée.

D'abord on lit sur les manches quelle est l'épaisseur de cette tête. Si on constate une faible disproportion entre les diamètres pelviens antérieurement mesurés et le diamètre fœtal, le même instrument permet d'accomplir une manœuvre en tout semblable à celle qu'exécute la tête obéissant au mécanisme naturel.

Relevant les manches, on engage la bosse postérieure pariétale. On les abaisse ensuite, et on fait descendre ainsi la bosse antérieure pariétale. Point n'est besoin de forceps ; au contraire, on ne pourrait obtenir un tel résultat avec un forceps.

Rien n'a gêné l'utilisation par la tête de la concavité sacrée que supprimait tout à l'heure, comme un pont, le forceps dont les manches dirigés en bas sciaient le périnée sans bénéfice. »

Mais le mensurateur indique-t-il une grande disproportion entre le diamètre bi-pariétal et le mi-sacro-pubien, il faut recourir à des moyens plus rationnels. Le bassin est trop étroit, la tête trop grosse, inutile de forcer, on n'obtiendra rien ou bien on fera des dégâts épouvantables. Autrefois, on broyait la tête ; aujourd'hui, on agrandit le bassin ; c'est beaucoup plus logique et l'enfant vit, double avantage d'un prix inestimable.

II

TRAITEMENT DE LA DYSTOCIE PAR RÉTRÉCISSEMENT DU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

C'est la *symphyséotomie* qui constitue aujourd'hui le seul traitement à appliquer à ces cas de dystocie par rétrécissement du détroit supérieur. Nous avons exposé la technique de cette opération dans un article de l'an dernier. Mais son importance est telle et les objections qu'on lui fait sont si nombreuses, quoique toutes erronées, que nous demandons la permission d'y revenir un peu, surtout au point de vue des indications opératoires.

La symphyséotomie doit être pratiquée, toutes les fois que la pelvimétrie aura fait constater un rétrécissement du détroit supérieur atteignant 75 millimètres ou *au-dessous*, ou un volume exagéré de la tête qui sera indiqué : 1° par la mensuration directe, 2° par le défaut complet d'engagement de cette tête. Or, à quoi peut-on reconnaître réellement que la tête n'est pas engagée ?

Il ne suffit pas de sentir la tête dans l'excavation, pour avoir le droit de la dire engagée. Que depuis plusieurs heures elle soit fixée, appuyée, c'est-à-dire bien poussée par l'utérus, et l'on pourra trouver l'excavation plus d'à moitié remplie, les deux tiers du crâne y étant plongés, sans qu'il soit positivement engagé, c'est-à-dire sans qu'on puisse assurer que tout va se terminer maintenant à bref délai et bien. Pour qu'il y ait *engagement*, il faut que les deux extrémités du grand diamètre céphalique soient sous ou dans le détroit supérieur : par exemple, il y a engagement lorsque la bosse pariétale posté-

rieure étant depuis longtemps sous le promontoire, l'antérieure a fini par descendre au niveau du culmen pubien qui limite en avant la partie la plus étroite du détroit.

Mais, ce n'est pas tout, il faut savoir distinguer le *véritable engagement* de la *fixation appuyée*.

« La tête est-elle depuis peu attardée au-dessus du détroit supérieur : explorez attentivement. Vous sentirez ordinairement que le pôle descendant est encore à 3 doigts en hauteur, au-dessus du plan coccy-sacré, c'est-à-dire que vous pouvez introduire trois doigts de champ entre ce pôle et le plancher osseux. Quant à la suture sagittale, elle sera à environ 35 millim. du bord inférieur du pubis. Il faut la toucher, bien entendu, dans le plan médian, au pôle même, car la moindre diagonalisation en rapproche l'extrémité occipitale, en éloigne l'extrémité bregmatique, *aut vice versa*.

« Si la tête s'engage, autrement dit, si elle commence sa bascule en arrière, le pôle descend, la suture s'éloigne. Lorsque l'engagement de la bosse antérieure est accompli, la suture sagittale est à 55 mm. du sous-pubis et le pôle à 2 doigts seulement au-dessus du plan coccy-sacré.

« Quand la bascule est achevée, la descente faite, mais non appuyée sur le périnée, la suture est à 75 millimètres du sous-pubis, et le pôle tout près ou à un doigt seulement du plancher. Remarquons que la suture ne va pas rester aussi éloignée, et que la réaction du plancher mou va la ramener en avant en commençant à la faire tourner.

« Les deux éléments du diagnostic sont donc : *la distance* de la suture sagittale au sous-pubis et la *hauteur* du pôle au-dessus du plan coccy-sacré. »

La symphyséotomie doit, pour être couronnée de succès : 1° être parfaitement *antiseptique*, tout comme une résection du genou ou de l'épaule ; 2° permettre *d'écarter suffisamment et également les deux pubis*.

Lorsque le ligament interpubien est entièrement sectionné, les pubis peuvent s'écarter de 7 centimètres, ce qui donne un agrandissement de 30 millimètres. Il est bien capital que les deux pubis soient écartés également, car si l'écartement n'est réalisé que d'un côté, il faut qu'il soit énorme pour être suivi d'effet utile. Aussi la symphyséotomie n'est-elle pas praticable dans les cas de bassin oblique ovalaire, où l'une des articulations sacro-iliaques est ankylosée. C'est dans ces cas que l'on pratique *l'ischio-pubiotomie* du côté ankylosé à 5 centimètres de la ligne médiane.

En dehors de l'ankylose unilatérale complète, peut-il se produire une asymétrie dans l'écartement ? Oui, par des causes variables : la maladresse dans la manœuvre, une résistance plus grande des ligaments d'un côté, un contact osseux postérieur, qui s'établirait presque dès le début de l'écartement et s'opposerait à ce que l'on poussât plus loin la disjonction de l'articulation. On reconnaît l'asymétrie à ce que le pubis qui s'éloigne s'abaisse au-dessous de l'autre, qui ne bouge pas.

« Faut-il employer la violence ? Oui, car il n'y a à craindre que la rupture de ces rares faisceaux fibreux situés devant l'axe de la charnière autour duquel joue le volet iliaque en s'ouvrant.

« Pour le faire sans danger, il suffit de mettre la cuisse du côté rompu en *flexion-abduction appuyée*, c'est-à-dire en flexion et abduction forcées avec un aide penché sur le genou et s'y appuyant de tout le poids de son buste ; l'os iliaque sera ainsi appliqué, serré contre le sacrum, dont il vient d'être séparé ; il ne bronchera pas, tandis que vous écarterez la cuisse de l'autre côté pour violenter à son tour l'articulation sacro-iliaque primitivement récalcitrante.

« Quand l'accouchement est terminé, il faut raffermir le bassin à tout prix, c'est-à-dire resserrer et maintenir solidement les deux pubis, afin que leur symphyse se reconstitue *ad integrum*.

« Les ligaments ilio-transversaires, l'âme même de la solidité pelvienne, situés derrière les articulations sacro-iliaques, et qui, par conséquent, se trouvaient relâchés du fait de l'ouverture du bassin en avant, vont alors se retendre et réappliquer solidement l'une à l'autre les auricules iliaque et sacrée qui s'engrènent.

« Quand l'écartement nécessaire a été obtenu, garnissez la plaie de gaze antiseptique. Pour le reste, si rien ne presse, laissez faire l'utérus. Autrement, le col étant bien dilaté, extrayez le fœtus à l'aide d'un levier mensurateur et préhenseur de Farabeuf ou d'un forceps Tarnier.

« Vous pourriez aussi extraire l'enfant par les pieds, mais vous connaissez les risques d'asphyxie qu'entraîne ce procédé lorsque soit le col utérin, soit le plancher périnéal, résistent quelques minutes.

« Aussitôt que la tête sera engagée dans l'excavation, commencez à vous défier de l'action des épaules. Il est devenu inutile de maintenir l'écartement interpubien, nuisible même, car, dans cette position des os, les deux muscles releveurs distants ne forment plus cette boutonnière qui concourt à faire tourner la tête, l'occiput en avant. C'est Varnier qui a reconnu la nécessité de modérer l'écartement après la descente de la tête.

« Les épaules, si vous les laissiez faire, pourraient s'engager brusquement, exagérer l'écartement et peut-être déchirer les parties molles antérieures. Donc, une fois la tête dans l'excavation, provoquez sa rotation et, sans détruire complètement l'écartement, dites aux aides de rapprocher les os iliaques et de les maintenir solidement, afin de modérer la marche des épaules et surtout leur action dilatatrice.

« Après la délivrance et la toilette de l'utérus et du vagin où l'on dépose une mèche antiseptique, vous fermerez la plaie.

« Il ne faut point songer à laisser un écartement permanent dans l'espoir d'assurer les accouchements à venir. Ce serait un désastre immédiat et probablement de longue durée ; il n'y aurait plus de solidité ; on aurait organisé et perpétué le relâchement des symphyses si redouté.

« On a plusieurs moyens de maintenir le bassin convenablement refermé, sans parler de l'arsenal des lits mécaniques et des ceintures métalliques.

« Le bandage plâtré, bien appliqué, enveloppé d'un tissu ou d'un vernis imperméable, a fait ses preuves.

« Quelques-uns ont percé des trous et fait la suture osseuse... C'est inutile, car la couche fibro-tendineuse de cinq millimètres qui couvre la face cutanée de la symphyse, permet d'appliquer plusieurs points de suture et de *les serrer* autant qu'on veut. Cette couche, en effet, n'a

point que des fibres transversales dérivées des fascicules tendineux originels des adducteurs, passant d'un côté à l'autre ; elle contient aussi, de chaque côté et à distance de la ligne médiane que l'on incise, des faisceaux descendants tressés avec les premières, des *rubans longitudinaux*, superficiels et profonds, qui fournissent aux fils les plus forts un appui invincible. »

Nous ne revenons pas à dessein sur la technique propre de l'opération ; elle a été suffisamment exposée dans notre article de l'année dernière. Les seules précautions indispensables sur lesquelles on ne saurait trop insister, sont l'antisepsie parfaite, la section bien médiane du ligament symphysien avec un bistouri très plat, et la protection parfaite des plexus veineux péri-uréthraux, au moyen d'une lame métallique glissée sous l'arcuatum.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE des Médecins Français.

Séance du 20 juin 1894.

La séance est ouverte à 2 heures sous la présidence de M. le Dr Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Jeanne, Maurat, Gassot, Archambaud.

M. le Dr Gassot, trésorier, fait l'exposé de la situation financière au 20 juin :

L'actif est de 3.312 fr. 25 représentés par :

Livret à la caisse nationale d'épargne.	2.000 »»
2 obligations Chemin de fer de l'Est nouvelles 500 fr. 3 % au prix d'achat.	906 80
Espèces en caisse.	405 45
Total	3.312 25

En dehors des nombreuses demandes de renseignements et d'adhésion, la correspondance comprend une lettre de M. le Dr Bar, de Lyon, qui dit qu'on n'a pas prévu le cas de dissolution et voudrait savoir de quelle façon les fonds seraient répartis si la dissolution était prononcée.

Le Conseil décide de soumettre, à ce sujet un article à la délibération de la prochaine assemblée générale. L'actuaire consulté a été d'avis qu'en cas de dissolution les fonds disponibles devaient être distribués à chaque membre suivant l'importance de sa réserve. Une proposition de modification aux statuts sera faite dans ce sens à la prochaine assemblée générale.

M. le Dr Cézilly a fait de nombreuses démarches pour obtenir l'autorisation définitive soit de la Préfecture, soit du ministère. Il résulte de ces démarches que la Société peut très bien fonctionner en attendant cette autorisation et que tout ce qu'elle fait est régulier. En conséquence, le Conseil adresse des remerciements à M. Cézilly et décide d'attendre, pour solliciter cette autorisation, que les modifications aux statuts qui ont été proposées soient acceptées par l'Assemblée générale.

M. le Dr Cézilly expose que le Conseil s'était rendu auprès de l'actuaire pour étudier la question de prolongation de l'indemnité au delà de soixante-cinq ans, ce dernier a été d'avis que la chose était parfaitement possible et que les nouveaux tarifs pouvaient être mis en vigueur dès à présent.

Ces tarifs sont les suivants :

Le Conseil confirme la décision qu'il a prise dans une précédente réunion, à savoir que les membres déjà inscrits pourraient adhérer à la nouvelle combinaison, c'est-à-dire toucher l'indemnité au delà de 65 ans, en se soumettant au tarif modifié et en envoyant de suite leur cotisation ainsi augmentée.

M. le Dr Archambaud fait remarquer que l'augmentation des tarifs est minime relativement aux bénéfices que peuvent retirer les sociétaires de la prolongation de l'indemnité maladie au-delà de 65 ans. Cet avis est partagé par le Conseil : ce peu d'augmentation tient aux calculs qui ont été faits sur la mortalité en même temps que sur la morbidité.

Un sociétaire inscrit depuis le 1er janvier demande une indemnité pour aller aux eaux, son médecin traitant lui ayant déclaré qu'une saison était utile pour l'empêcher de retomber malade. Or, ce sociétaire déclare lui-même n'avoir pas été jusqu'ici suffisamment malade pour interrompre son travail : le Conseil ne croit pas pouvoir admettre, comme principe, que les frais de séjour aux eaux, envisagé simplement comme traitement préventif, puissent être supportés par la caisse de la Société. Dans le cas particulier, avant de prendre une détermination définitive, le Conseil consultera le médecin traitant.

La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire des séances,
Dr PAUL ARCHAMBAUD.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le nouveau régime d'études médicales.

On commence à dire tout haut ce que, dans le principe, on se murmurait à l'oreille : ce régime, dont les étudiants en médecine feront les frais, est destiné à tonifier les Facultés des sciences, qui se mouraient tout doucement d'inanition, et à soulager la pléthore de la Faculté de Paris.

C'est une mesure sanitaire, dans l'ordre intellectuel et moral. C'est encore une application paternelle et discrète de la loi qui défend les attroupements. Circulez, Messieurs les étudiants, circulez... en province ! Monsieur le Ministre vous y invite, et bien que la *Tribune Médicale* trouve que l'*Année Médicale* « blague agréablement » la circulaire ministérielle, en la commentant, nous donnons toute notre approbation à cet excellent conseil.

Nous sommes parfaitement convaincus, en effet, qu'un jeune étudiant en médecine a tout avantage à débuter en province. Nous sommes moins convaincus, par exemple, qu'il lui soit désormais indispensable de faire un stage d'un an dans une Faculté des sciences. Ce baccalauréat *à rallonge*, comme on l'a excellemment surnommé, était-il vraiment nécessaire, dans l'intérêt des études médicales ? Nullement, et il leur sera même aussi nuisible qu'il est déjà antipathique aux familles, à ces excellentes familles auxquelles s'adresse aussi Monsieur le Ministre. Point n'est besoin de leur démontrer que ce stage représente une année d'études de plus, c'est-à-dire une nouvelle et plus lourde charge à supporter. ELLES LE SAVENT ASSEZ !

Certes, nous sommes de ceux qui sont con-

vaincus de la nécessité d'une forte base scientifique pour les études médicales. D'une façon générale, les jeunes gens venant de passer leur premier doctorat, n'ont que des notions confuses, mal coordonnées, sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle. Tout cela s'évaporera rapidement, pendant les dernières années d'études, et le bonnet de docteur ne coiffera qu'une tête vide. La suppression des examens de fin d'année aura eu, à ce point de vue, une influence néfaste. Le travail de revision, si pénible sans doute, mais si nécessaire, que provoquait à la fin des études, la série des examens de doctorat, s'effectuait alors que l'intelligence était mûrie, le jugement plus solide, et qu'une sorte de précipitation avait déjà lentement clarifié le contenu toujours trouble de ces cerveaux remplis à la hâte. Ce travail de revision permettait de rassembler et de cimenter ensemble, pour longtemps, des connaissances jetées éparses çà et là.

Nous craignons que les jeunes étudiants, livrés aux professeurs des facultés des sciences, ne soient soumis, dans le court espace d'une année, à un gavage scientifique qui écœurera les uns, et ne donnera aux autres qu'un embonpoint de mauvais aloi. Un enseignement secondaire, plus élémentaire et moins copieux, eût donné des constitutions médicales autrement robustes. Un bon baccalauréat ès sciences bien complet, voilà, d'après nous, la base solide des études de médecine. On se plaint, et avec infiniment de raison, que les élèves de première année de médecine n'ont pas de connaissances mathématiques suffisantes pour suivre l'enseignement de la physique et même de la chimie, dans les facultés de médecine. Mais, *est modus in rebus* ; il ne faut pas pousser les choses à l'extrême, et exiger de ceux qui se destinent à l'humble pratique journalière, de se torturer la cervelle pour comprendre et retenir des questions aussi abstraites que la théorie mathématique de la tension superficielle des liquides, que nous avons entendu exiger dans un examen oral d'admissibilité pour l'école de Lyon.

Nous admettons qu'il est bon qu'un médecin ait une notion sommaire de l'œil des mollusques, et de la physiologie de la vision chez les insectes — cela pourra l'aider à comprendre certains vices de réfraction que nous considérons comme des infirmités, tandis que tant d'autres êtres dans la nature en tirent un excellent parti. Mais nous ne voudrions pas qu'on ajournât un élève, parce qu'il ne peut décrire toutes les modifications de l'œil dans l'innombrable classe des mollusques, ou énumérer tous les muscles de la grenouille avec leurs insertions.

Or, de deux choses l'une, ou bien les professeurs des facultés des sciences feront un enseignement condensé, élémentaire, à la portée de leurs nouveaux auditeurs ; ou bien ils ne pourront développer, dans l'espace d'une année, qu'une minime partie des matières du programme ; car il est inadmissible que l'on puisse, en un an, enseigner toute la chimie minérale et organique, concurremment avec toute la physique et toute l'histoire naturelle, en y joignant même des exercices pratiques. Cet enseignement doit donc rester, par la force des choses, un enseignement secondaire ; il ne fallait pas l'enlever aux professeurs des lycées. Il fallait encore moins jeter sur le pavé des grandes villes, de tout jeunes gens auxquels la discipline du lycée et le travail en commun sont encore bien nécessaires, pour les soutenir dans des études aussi abstraites, aussi ennuyeuses, avouons-le, que celles des sciences dites accessoires.

Le bon sens est d'accord avec l'expérience déjà acquise pour conclure que le nouveau régime d'études médicales ne profitera à personne, intellectuellement du moins, et que, au bout de peu d'années, il ira rejoindre dans un oubli mérité, tant d'autres réformes hâtivement élaborées, ou inspirées par des considérations étrangères à leur objet.

Dr HENRY MARAIS.

Quelques situations médicales actuelles et leurs perspectives d'avenir !

Très honoré Confrère,

Je me suis occupé de l'Association amicale, je n'ai eu aucun succès, et les raisons en sont faciles à déduire. Notre corps médical est très spécial. D'abord, la confraternité en est totalement absente. (Ce point ne suffirait peut-être pas à le distinguer de beaucoup d'autres !)

Ainsi au banquet, quand nous sommes une dizaine, on est tout étonné, et il y a déjà huit médecins à X... Le département que j'habite est certainement (les grandes villes exceptées) un de ceux de France, où la densité médicale est la plus grande, par rapport à la population, aussi le pays étant très pauvre, les médecins gagnent-ils des sommes dérisoires. Moi-même seul médecin d'un chef-lieu de canton de 1,400 habitants agglomérés, j'arrive péniblement à 2,000 fr. d'affaires, mes confrères les plus rapprochés étant à 10 kilomètres.

Tous nous sommes autochtones, et si nous ne sommes pas réduits à la mendicité, c'est que nous sommes chez nous au milieu de nos propriétés. La médecine vient en dernier lieu : on chasse, on pêche, on fait de l'agriculture, et parfois de la médecine. Je passe, facilement, trois ou quatre jours, sans voir un seul malade, ni en visite, ni en consultation. Et la plupart de mes confrères sont dans le même cas. Aussi à la campagne, vivons-nous, généralement, en excellents termes, appartenant, tous, à la même classe sociale, et si peu médecins que la jalousie nous est inconnue.

Vous comprendrez aisément que, dans ces conditions, l'idée ne vient pas à mes confrères campagnards (je ne fréquente pas ceux de X..., car à voir les procédés qu'ils emploient entre eux, je les mets tous dans le même sac), de s'assurer, pour leur vieillesse ou en cas de maladie. D'abord ils souffrent tous de la crise agricole, puis, quand ils ont quelqu'argent de reste — ce cas est rare, oh combien ! — il y a toujours à acheter quelque champ enclavé dans les leurs, quelque pigeonnier à élever.

Tout ce qui touche la médecine leur est étranger : quelques-uns, passent un mois, sans déchirer la bande du journal auquel ils sont abonnés !

Il est vrai que, si nous ne gagnons pas notre vie, nous avons du moins des honneurs à foison : le député de la circonscription est médecin et nous sommes tous, plus ou moins, maires ou conseillers municipaux.

Eh bien ! cet âge d'or, — peut-on appeler de

ce nom un âge où l'on touche à peine du cuivre — cet âge d'or va finir.

Les honneurs ont tenté des parvenus et, les facultés de province aidant, il commence à pleuvoir des jeunes docteurs d'un milieu social différent et de mœurs absolument dissemblables. Songez que dans nos facultés, un étudiant peut vivre avec mille francs par an !

Naturellement puisque nous n'arrivions pas à vivre, ces nouveaux venus ne gagneront rien du tout : or, étant peu fortunés, ils veulent vivre de leur profession et emploient, dans ce but, les procédés, qui ont cours dans les villes. La vie va donc devenir ici intenable, comme ailleurs.

A mon avis, le principal ennemi du médecin, c'est le médecin. Jamais aucun rebouteux, aucun curé (ils font tous de la médecine ici), aucun pharmacien, ne nous feront le mal que nous nous faisons à nous-mêmes.

Mais je suis loin de l'Association amicale.

Si je n'en fais pas partie, moi-même, le manque d'argent en est la seule cause. Je ne suis pas dans la misère parce que je tire ma subsistance et celle de mon cheval, de ma propriété, sans cela, il me serait matériellement impossible de joindre les bouts.

Tout cela n'est pas gai et la position ne peut qu'empirer, car, pas n'est besoin d'être prophète, pour prévoir que, dans un temps rapproché, nous serons plus nombreux — et cependant gagner moins de 150 fr. par mois, c'est terrible !

Ma famille a fait l'impossible pour me faire venir chez moi ; elle fait l'impossible pour m'en faire partir aujourd'hui...

Cela n'empêche pas de nouveaux confrères de venir s'installer dans nos régions et augmenter encore le malaise, dont nous avons tous à souffrir.

Que deviendrons-nous d'ici quelques années ?

Veuillez agréer,

Dr Y...

Nous faciliterons à notre confrère un changement de résidence, qui s'impose, car il est impossible de rester en de tels pays. Une situation meilleure lui permettra d'adhérer à l'Association Amicale et de se garer contre les risques de la maladie.

A. C.

La loi Roussel dans le département du Nord.

La loi Roussel a subi bien des vicissitudes depuis sa promulgation.

Naguère, contrairement à l'art. premier, la surveillance de l'enfant a été réduite à un an.

Depuis, cette surveillance a été portée à 18 mois, avec deux visites par mois, pendant les six premiers mois. Aujourd'hui, elle vient d'éprouver des atteintes qui équivalent à son abrogation.

C'est ainsi que, désormais, à moins que le Conseil supérieur n'en décide autrement, ne sont plus soumis à la loi de Protection :

1° Les enfants placés gratuitement ;

2° Ceux qui sont élevés par leurs grands parents, (cette exception peut dans certains cas avoir sa raison d'être, elle présente pourtant, dans d'autres cas, des inconvénients sérieux) ;

3° Ceux qui passent habituellement une partie du jour ou de la nuit, chez leurs parents ou grands parents.

Or, dans les villes industrielles, voici ce qui se passe :

La mère reprend son enfant vers 9 heures du soir et le remet à la garde, à 5 heures du matin, pour se rendre à l'usine, de sorte qu'un très grand nombre d'enfants échappent maintenant à la surveillance établie par la loi.

L'Inspecteur départemental du Nord ne s'en est pas tenu là.

Il a édicté que :

Tout bulletin arrivant à la Préfecture trois jours après la visite est considéré comme nul.

Pour qui sait combien le service postal des imprimés laisse à désirer, il faut convenir que la censure est exorbitante.

Enfin, il a décidé de renvoyer aux médecins inspecteurs les bulletins de visite, parvenus avant l'avis de placement, de sorte que les enfants du premier âge pourront être malades et avoir besoin de secours urgent, ils ne seront plus protégés que..... par les écritures et les paperasseries.

Sur cent enfants qui ont droit à la protection, il n'y en aura plus dorénavant qu'une dizaine qui seront protégés.

Le Parlement ne finira-t-il pas par s'émouvoir, et laissera-t-il toujours violer ou tourner une des meilleures lois sociales qui aient jamais été votées ?

N...

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

L'avant dernier numéro de votre journal, en date du 9 courant, signale des accidents de gangrène ayant occasionné la mort d'une petite fille traitée, par M. le Dr Jeannel, par la méthode des injections interstitielles de chlorure de zinc à 1/10.

J'attribue ce fâcheux résultat à la préparation défectueuse de la solution, et, à plusieurs reprises, j'ai observé, *en petit*, des faits analogues à la suite d'attouchements intra-utérins pratiqués avec le même médicament. Il en résultait des eschares assez profondes intéressant même la muqueuse vaginale, par suite de la diffusion du liquide.

En en recherchant les causes, j'ai pu me convaincre que cela dépendait de l'addition d'acide chlorhydrique, faite par le pharmacien, dans le but d'obtenir une solution parfaitement limpide.

En effet, quoi qu'en disent les traités de pharmacologie et de chimie, le chlorure de zinc n'est pas complètement soluble dans l'eau, du moins dans l'eau qui, dans la plupart des officines, sert aux préparations journalières et que je soupçonne fortement n'être distillée que sur l'étiquette plus ou moins décorative, qui orne le flacon, qui la contient. Plusieurs fois, j'en ai fait l'expérience qui est facile à répéter, en entrant à l'improviste dans une pharmacie et en faisant effectuer la préparation sous mes yeux.

Il se forme, même à chaud, un précipité que l'on m'a dit être de l'oxyde ou de l'oxychlorure, et qui se dissout, si on ajoute quelques gouttes d'acide chlorhydrique. C'est ce que font certains pharmaciens qui me l'ont avoué.

Aussi, depuis ai-je toujours le soin d'inscrire

et de souligner au-dessous de mon ordonnance : *filtrer sans addition d'acide.*

On est ainsi parfaitement certain d'avoir une solution neutre qui n'attaque que superficiellement les tissus dépouillés de leur épithélium et qui met à l'abri des accidents parfois redoutables qui font l'objet de cette communication.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. FILLIETTE, de Boulogne-sur-Mer.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine ont suspendu chacune leur séance de cette semaine, à l'occasion du deuil national, qui vient de nous frapper. Tous les Français s'associent de cœur à cette manifestation patriotique et spontanée, en présence de l'horrible assassinat du premier magistrat de la République.

— Le *Congrès international de Moscou*, en 1896, vient d'être doté par le Csar, pour les frais qu'il occasionnera, d'une somme de 50 mille roubles.

— La pudique Allemagne remporte le pompon : Le Dr F. S. K. s'est fait breveter pour les *tampons d'ouate anti-fécondateurs*, (voir sa brochure sur les moyens d'empêcher la fécondation).

— M. Hafkine a vacciné, contre le choléra, 116 habitants d'un village de 200 âmes. Le choléra qui éclate ensuite tue 7 personnes sur 10 atteintes. Aucune n'avait été vaccinée. Si le fait est vrai, même s'il n'y a que coïncidence, M. Hafkine est autorisé à continuer son expérimentation.

— Le samedi 7 juillet prochain, à 4 heures précises, à l'hospice de la Salpêtrière, la Société médico-psychologique inaugurera solennellement les bustes des deux illustres aliénistes Baillarger et Jean-Pierre Falret.

—Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Glantenay.

— La commission sénatoriale de l'armée a approuvé le rapport fait par M. le docteur Léon Labbé sur la proposition de reporter à vingt-sept ans la limite d'âge, actuellement fixée à vingt-six ans, pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours, dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

— Mme veuve Buisson vient de léguer à l'Assistance publique une propriété estimée 2,200,000 francs.

Le Conseil de surveillance a émis un avis favorable sur l'acceptation de ce legs fait sous la condition qu'il sera affecté à la fondation d'un hospice qui devra porter le nom d'hospice Buisson-Jacob.

Le Conseil municipal va, à son tour, être consulté sur son acceptation.

— Nous apprenons avec peine, la mort subite de notre sympathique confrère, le Dr Chouppe, secrétaire de la rédaction du *Bulletin médical.*

— On a beaucoup parlé dans les journaux médicaux et extra-médicaux d'un incident survenu entre M. le professeur TERRIER, chirurgien de l'hôpital Bichat, et *M. Papillon*, interne au même hôpital, dans un service de médecine. L'interne a eu de violents demêlés avec M. Terrier pour des faits de service intérieur, de réceptions de malades et de pansements plus ou moins aseptiques. La querelle a pris les dimensions d'un incident de conseil municipal et a donné lieu à plusieurs enquêtes, qui sont terminées maintenant. En somme, tout ce tapage a abouti à une suspension de traitement de trois mois et à un changement d'hôpital, infligés à M. Papillon par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dont l'unanimité ne nous permet pas de soupçonner la justice.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3916. — M. le docteur DIACRE, de Chambon-sur-Voueize (Creuse), membre de l'Association des médecins de la Creuse.

No 3917. — M. le docteur GUILLEMARD, de Sermaize (Marne), membre de l'Association des médecins de la Marne.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Précis élémentaire d'hygiène pratique, par les Drs EM. MONIN et DUBOUSQUET LABORDERIE.

Cet ouvrage a été rédigé conformément aux nouveaux programmes de l'enseignement. Ce que les auteurs ont voulu faire et ont fait, c'est vulgariser les notions précises d'hygiène. Ils ont cherché à intéresser et à émouvoir le plus possible leurs lecteurs en ne négligeant pas les aperçus historiques et anecdotiques. Net 4 fr. 80.

Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques, méthode de Brown-Séquard, par le Dr H. MELVILLE (un joli volume cartonné à l'anglaise).

Après avoir exposé l'historique de la découverte, les recherches auxquelles elle a donné lieu, le résultat des expériences cliniques, ainsi que le mode d'action du liquide injecté, l'auteur passe à la technique des injections. Le lecteur y trouvera exposées dans tous leurs détails la façon de préparer le liquide et de le conserver, la description des instruments nécessaires, etc. L'étude du liquide testiculaire est suivie de celle des différents liquides organiques employés, suc pancréatique, suc thyroïdien, etc. Net 4 fr.

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et de pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr BOULOUMIÉ (1 volume de 580 pages).

Grâce à ce manuel, le médecin qui désire monter en grade pourra facilement étudier les questions qui lui sont demandées aux examens. Le service de santé en campagne y est longuement développé. Mais, outre le côté purement médical, cet ouvrage renferme tout ce qui est de nature à intéresser le médecin de réserve en cas d'appel sous les drapeaux. Net 4 fr.

Histoire zoologique et médicale des Téniadés du genre Hemenolepis Weinland, par le Dr RAPHAEL BLANCHARD (1 volume de 105 pages, avec figures dans le texte).

Dans la première partie de cette monographie, l'auteur donne la description détaillée de l'hymenolepis nana et de l'hymenolepis diminuta ; il expose leur développement, leur mode de propagation et leur place dans la classification zoologique.

Dans la deuxième partie spécialement médicale sont relatés tous les cas dans lesquels ces deux helminthes ont été observés dans l'espèce humaine. L'auteur indique la distribution géographique des parasites et étudie leur provenance, les accidents qu'ils déterminent, ainsi que le traitement qui leur convient. Net 2 fr. 80.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 27 7 Juillet 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LES DEUX COMBINAISONS
DE L'ASSOCIATION AMICALE
pour l'indemnité maladie.

Ainsi que le portait la délibération publiée au dernier numéro du journal, le Conseil d'administration de l'Association amicale a pris connaissance des études faites par l'actuaire sur la demande de M. Cézilly, en vue de la suppression de la limite d'âge de 65 ans pour la participation à l'œuvre. Après examen approfondi de cette intéressante question, le Conseil a décidé à l'unanimité de mettre en fonctionnement dès aujourd'hui et en parallèle les deux combinaisons, l'une avec limite d'âge à 65 ans, l'autre avec participation sans limite.

En conséquence, tous les confrères qui, à l'avenir, enverront leur adhésion, recevront du Secrétaire général, la lettre ci-dessous qui contient toutes les indications désirables.

ASSOCIATION AMICALE
DES MÉDECINS FRANÇAIS

Secrétaire-général : Dr JEANNE à Meulan (S.-et-O.)
Trésorier : Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret)

Monsieur et très honoré Confrère,

En réponse à votre adhésion à l'Association Amicale, j'ai l'honneur de vous adresser les pièces à remplir pour la constitution de votre dossier d'admission.

Vous avez à choisir entre les deux combinaisons A et B, que vous feront connaître les tableaux ci-dessous.

Système A. — *Participation limitée à l'âge de 65 ans.*

AGE initial	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26	55	46	82
27	56	47	83
28	57	48	85
29	58	49	87
30	59	50	89
31	60	51	91
32	61	52	93
33	62	53	95
34	63	54	97
35	65	55	99
36	66	56	101
37	67	57	103
38	69	58	105
39	70	59	107
40	72	60	109
41	73	61	112
42	75	62	114
43	76	63	116
44	78	64	118

Système B. — *Participation sans limite d'âge.*

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	65	45 ans	101
26	67	46	104
27	68	47	106
28	69	48	109
29	70	49	112
30	72	50	114
31	73	51	117
32	75	52	120
33	76	53	123
34	78	54	126
35	80	55	129
36	82	56	133
37	84	57	136
38	86	58	139
39	88	59	143
40	90	60	146
41	92	61	149
42	94	62	153
43	96	63	157
44	99	64	165

Les deux Systèmes sont régis par les mêmes statuts : ils donnent droit à la même indemnité.

L'âge initial est celui qu'atteint le Sociétaire dans l'année où est prononcée son admission.

Veuillez nous indiquer, très honoré Confrère, quelle combinaison vous choisissez.

Nous vous prions de demander l'examen médical à titre gracieux, et en le remerciant de notre part, à l'un des Confrères suivants :

M.

En cas de maladie, c'est au Confrère que vous aurez choisi comme examinateur, qu'il y aurait lieu de demander, si possible, de viser vos déclarations d'incapacité de travail et de guérison.

Il est indispensable, si vous désirez que votre admission date du 1er

que votre dossier et vos indications nous soient parvenus au Siège Social avant le

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments,

Pour le Conseil d'Administration,
Le Secrétaire Général :
Dr JEANNE.

Nota. — *Les membres déjà admis, peuvent passer de la combinaison A, à la combinaison B, en versant la prime du tableau B, correspondant à leur âge.*

Dans ce cas ils sont priés 1° d'adresser au secrétaire général la feuille d'admission (combinaison A), qu'ils ont reçue ; (il leur sera envoyé une feuille d'admission de la combinaison B portant la nouvelle prime à payer).

2° de verser directement au Trésorier leur cotisation ainsi augmentée.

Le Conseil rappelle aux membres de l'Association admis au 1er janvier qu'ils doivent verser dans le courant de juillet, leur 2e cotisation semestrielle, sons peine de suspension du droit à l'indemnité (art 12 des statuts).

Aux membres de l'Association Amicale.

Un grand nombre de confrères, désireux de prêter leur concours au développement de l'Association amicale, nous demandent de leur dire quel accueil a été fait à cette utile création, et ce qu'elle est devenue, dans les six premiers mois de son existence.

C'est un agréable devoir que l'on nous prie de remplir, car un père est toujours content de parler de son enfant, quand celui-ci répond, pleinement, aux espérances placées sur sa tête.

Et ce nous sera encore une occasion, tout en jetant un coup d'œil sur le passé, de faire quelques projets d'avenir, parfaitement légitimes, de rassurer les inquiets, d'encourager les gens de peu de foi, comme il s'en trouve toujours, même chez les médecins.

L'Association compte aujourd'hui 180 adhérents. C'est donc un membre qu'elle a recruté chaque jour depuis sa naissance.

Si l'on tient compte de ce fait qu'elle n'a pas été connue dès le début, et que, dans maintes régions, elle ne l'est pas encore, il est bien permis de croire que désormais, mise à l'ordre du jour des réunions dans les Syndicats et les Sociétés locales, elle se développera d'une façon constante et rapide.

55 départements lui ont fourni ses premières recrues ; 20 d'entre eux ont un cadre de correspondants complètement rempli ; des délégués ont été choisis, dans 80 chefs-lieux, pour y organiser la propagande ; le « Concours médical » couvre la Société de sa paternelle surveillance et lui accorde sa grande publicité ; le haut patronage de l'Association générale lui est acquis de façon irrévocable : Que faut-il de plus pour encourager toutes les espérances ?

Sans doute quelques confrères pessimistes nous parlent de l'indifférence des médecins, quand il s'agit de leurs intérêts, de leur quasi-dénûment dans certaines régions, de leur aisance ailleurs, aisance qui les mettrait à l'abri du besoin et rendrait inutile toute préoccupation au sujet de l'avenir (!). Sans doute il faut compter avec les hésitations, les atermoiements les plus inexplicables, la négligence sous toutes ses formes, y comprise celle qui découle de la paresse épistolaire. Mais qu'est-ce que tout cela devant l'éloquence des chiffres qui passeront hebdomadairement sous les yeux des 4.000 membres du Concours ? Et avec quelle sérénité d'esprit nous envisageons l'avenir de notre Société, quand nous considérons que, basée sur des données statistiques plus précises, plus pessimistes même que toutes ses congénères, à l'abri des fraudes graves et des exploitations dans un milieu de probité médicale et d'activité professionnelle forcée, elle ne trahira jamais la confiance de ses membres, ne courra le risque d'aucun mécompte, et pourra tout attendre du temps.

« L'idée de l'assurance, nous écrivait-on aussi, passe difficilement dans nos mœurs. » D'accord, mais elle y passe, et tout concourt à l'y faire entrer, prochainement, de façon définitive.

Au taux actuel de l'intérêt, le confrère qui réalisait péniblement quelques économies en vue de la vieillesse, ne sait comment les faire fructifier. Il s'assurera par la crainte de voir fondre son petit pécule, dans le cours de la maladie ou de l'infirmité.

Il s'assurera aussi, celui que son fermier ne paie plus, qui voit ses vignes détruites, le pain de ses vieux jours menacé par les crises de toute sorte.

Et celui qui aura consacré le modeste excédent de ses recettes à pousser son fils dans une carrière de plus en plus coûteuse, à accumuler une dot de plus en plus nécessaire, quelle ressource devra-t-il prévoir pour les mauvais jours de la maladie et de la vieillesse? Il ne peut la demander qu'à l'assurance contractée pendant la période d'activité : il le fera. Nous ne pousserons pas plus loin cette démonstration que chacun peut compléter en jetant les yeux autour de lui, mais nous répéterons sans crainte de nous tromper que l'idée de l'assurance fera son chemin de plus en plus, dans le corps médical, imposée par les nécessités de la vie matérielle à notre époque.

Quant à la difficulté de secouer l'indifférence des médecins, il ne faut pas y attacher trop d'importance. C'est la tâche du Conseil d'administration, des délégués départementaux, des correspondants, des Sociétés locales, des Syndicats : ils n'y failliront point. Le « Concours médical », qui ne fait que cela depuis quinze ans, ne s'embarrasse pas d'avoir à continuer un apostolat, dont les résultats ont été déjà si intéressants. Il en a vu bien d'autres, quand l'existence des Syndicats fût menacée.

Ainsi sommes-nous pleinement rassurés sur l'avenir de l'Association amicale.

Mais précisément à cause de cela, nous brûlons du désir de lui voir prendre un développement rapide. Et à tous ceux qui s'intéressent à elle, à tous ceux qui ont préparé sa naissance, nous voulons dire sur quel point doit porter le maximum des efforts dans notre propagande.

Amenez-nous les jeunes.

Ils entrent dans la carrière armés de pied en cape par l'âge, la santé, l'activité dévorante, un savoir en rapport avec les derniers progrès de la science : ils rêvent la célébrité, le prestige, la fortune, les beaux mariages, les honneurs, etc... Qui de nous n'a passé par là ?

Mais que de déceptions, après quelques années! Pour l'un, la clientèle est diminuée de moitié par l'installation d'un nouveau confrère ; pour un autre, la dot qu'il a épousée était en actions dépréciées ; un troisième voit tomber à sa charge des parents ruinés ou de trop nombreux enfants ; un autre encore a placé ses économies sur quelque Panama. Où sont les illusions d'antan ?

L'heure de la lutte à outrance a sonné. Le surmenage fait son œuvre. On n'a pas même le droit d'être malade, car il faut vivre et faire vivre les siens, et conserver sa clientèle. La grippe vous tient, il faut aller quand même malgré la complication qui vous guette. La fièvre typhoïde vous dompte ; en tombant au lit quelle perspective : Pas une recette pendant deux mois et les dépenses courant toujours, la clientèle désagrégée, des frais supplémentaires à payer, etc... !!

Et vingt fois peut-être il faudra passer par là dans le cours d'une carrière médicale !

Ah qu'il est bon à ces heures critiques d'avoir adhéré à l'Association amicale ! N'est-ce pas que c'est votre avis, chers confrères, à qui l'âge trop avancé ne vous permet plus d'être des nôtres ? N'est-il pas vrai que vous nous l'écrivez tous les jours ?

Eh bien, c'est à vous qu'il appartient d'évangéliser les jeunes de notre profession, de mettre à leur service les leçons de votre dure expérience.

Dites-leur que l'encombrement croissant de la carrière leur réserve un avenir plus dur que le vôtre, que plus ils sont jeunes, moins la charge leur sera lourde de payer la prime qui leur donnera la sécurité ; dites-leur qu'attendre c'est risquer de contracter quelque maladie, qui, plus tard, leur fermerait les portes de notre Société de prévoyance; dites-leur, s'ils sont pauvres, que s'assurer est un devoir à remplir envers eux-mêmes et leur famille, et dites-leur, s'ils sont riches, que peut-être ils ne le seront pas toujours et qu'ils satisfont en tout cas à une obligation impérieuse de bonne confraternité.

Dites-leur cela, sans cesse, à nos jeunes confrères, partout, chaque année ou chaque trimestre dans les réunions médicales de toute sorte ; écrivez-le, répétez-le, dans les organes de la presse médicale qui vous sont ouverts.

Et quand nous vous signalerons le chiffre toujours croissant des adeptes de la prévoyance, vous l'enregistrerez avec plaisir comme nous, en songeant que peut-être un jour disparaîtront ces tableaux attristants de la gêne, de la pauvreté honteuse, que nous trouvons trop souvent, hélas ! dans les familles médicales.

Dr JEANNE.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'autopsie du Président de la République.

Nous n'avons pas à retracer ici les détails des événements pénibles, survenus à Lyon, le dimanche 24 juin, pendant le voyage officiel du Président de la République Française.

M. Carnot a été assassiné d'une façon aussi barbare qu'inattendue. Un Italien a montré avec quelle dextérité les bandits de sa race savent manier le couteau ; d'un seul coup, le scélérat a perforé l'abdomen et le foie de sa malheureuse victime et déterminé une hémorrhagie mortelle.

Par une fatalité inouïe, M. le Dr *Ollier*, de Lyon, qui venait d'être fait commandeur de la Légion d'honneur, dans l'après-midi, par M. le Président Carnot, lui-même, a été appelé à prodiguer ses soins, avec M. le Dr *Poncet*, au chef de l'État. Toutes les tentatives ont échoué et cela se conçoit, étant donnée la gravité des lésions.

Voici le texte de l'autopsie abdominale pratiquée par nos confrères de Lyon :

« Les docteurs en médecine soussignés ont procédé aujourd'hui à l'autopsie de M. le président de la République française. Ils ont constaté les lésions suivantes :

« La blessure siégeait immédiatement au-dessous des fausses côtes droites, à trois centimètres de l'appendice xiphoïde. Elle mesurait de 20 à 25 millimètres et la lame, en pénétrant, avait sectionné complètement le cartilage costal correspondant.

« La lame du poignard a pénétré dans le lobe gauche du foie, à 5 ou 6 millimètres environ du ligament suspenseur. Elle a perforé l'organe de gauche à droite et de haut en bas, blessant sur son passage la veine porte, qu'elle a ouverte en

deux endroits. Le trajet de la blessure dans l'intérieur du foie est de 11 à 12 centimètres.

« Une hémorragie intra-péritonéale, fatalement mortelle, a été le fait de cette double perforation veineuse.

« Lyon, 25 juin 1894.

« Signé : Docteurs LACASSAGNE, Henri COUTAGNE, OLLIER, REBATEL, PONCET, LÉPINE, Michel GANGOLPHE, FABRE. »

La veine porte était atteinte en deux endroits et le foie était blessé sur une étendue de 11 à 12 centimètres. On sait que l'hémorrhagie causée par la blessure de cet organe est presque toujours mortelle à cause de la friabilité même du tissu hépatique, qui se laisse sectionner par les fils à ligature. Quant à la blessure de la veine porte, c'est encore une lésion au-dessus de la portée de notre art, car sa ligature totale, quand elle peut être faite à temps, entraîne la mort à cause de l'importance même des fonctions de ce canal veineux.

De l'instantanéité de l'Assistance chirurgicale (1).

M. Marcel *Baudouin* (de Paris) pense que l'instantanéité dans l'Assistance chirurgicale est la donnée la plus importante qui ait été introduite dans la chirurgie moderne depuis la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie. C'est un des principaux facteurs du succès opératoire, toutes choses égales d'ailleurs, non seulement en ce qui concerne les lésions du système vasculaire (ce qui est évident), mais aussi dans tous les accidents intéressant les organes à cavités d'ordinaire occupées par une série de microbes plus ou moins septiques (tube digestif, voies urinaires, voies génitales, etc.). Cette donnée doit être placée immédiatement à côté des grandes découvertes modernes, telles que l'hémostase et l'anesthésie : elle est même, au point de vue chirurgical pur, plus précieuse que la suppression de la douleur. Cette idée, dans le domaine pratique, est vraiment nouvelle et est due tout entière, au sens pratique, si remarquable, des Américains du Nord.

Il faut donc, à tout prix, assurer l'instantanéité de cette Assistance, — et parallèlement d'ailleurs celle de l'assistance médicale proprement dite —, et organiser dans tous les centres industriels considérables des *Ambulances urbaines* EXTRA-RAPIDES et des *services chirurgicaux de prompts secours*, comme cela existe déjà aux États-Unis et était surtout admirablement installé en 1893 à l'Exposition de Chicago. Si M. Baudouin insiste tout particulièrement sur ce point, c'est qu'en France jusqu'à présent (MM. Nachtel, Bourneville, Strauss, Rousselet à Paris; Mauriac, à Bordeaux, etc.), on s'est plutôt occupé du côté médical de la question et, en dehors de M. Terrier, personne n'a songé à une organisation sérieuse des services chirurgicaux de *secours extra-rapides*. Dans les grandes villes, il faut donc des ambulances urbaines extra-rapides (installation à calquer sur celle du département du Feu en Amérique), des salles d'opérations « toujours sous pression » comme une pompe à incendie, et des postes de chirurgie, *avec personnel spécialisé*, toujours sur le qui-vive, comme les postes de pompiers.

(1) Communication à la section III du Congrès national d'Assistance de Lyon.

Technique des injections de naphtol dans la péritonite tuberculeuse.

D'après *la Pratique médicale*, voici quelle doit être la technique des injections de naphtol dans la péritonite tuberculeuse :

Comme instrumentation, il suffit du trocart de Reybard et d'une seringue de Pravaz.

1° Lavage soigneux avec une solution antiseptique du champ opératoire.

2° Le lieu d'élection est un point placé, à peu près à égale distance, entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure. Éviter les dilatations veineuses.

3° On ponctionne avec un trocart bien flambé. Évacuation presque totale du liquide péritonéal.

4° Introduire par la canule quatre à cinq fois le contenu d'une seringue de Pravaz de naphtol camphré.

5° Retirer la canule, obturer avec le collodion et l'ouate antiseptique.

Immédiatement après, le malade accuse des douleurs locales, mais celles-ci sont faibles. Il y a une élévation thermique quotidienne, mais cessant bientôt, et une poussée ascitique, également médiocre et passagère. Il s'agit là de phénomènes locaux de réaction péritonéale.

Bientôt, cette réaction s'éteint, l'abdomen retrouve sa souplesse et, après quelques semaines, les épaississements et les masses empâtées que la palpation faisait constater dans l'abdomen ont disparu.

Le cathétérisme chez les femmes en couches.

Dans une thèse récente, le Docteur *Recht* résume ainsi les différentes méthodes employées par les accoucheurs actuels en ce qui concerne le cathétérisme chez les femmes en couches :

Cette question partage les accoucheurs en trois camps ; les uns sont partisans du cathétérisme, pour ainsi dire systématique, pratiqué très peu de temps après l'accouchement et c'est là surtout la ligne de conduite suivie dans les écoles de sages-femmes.

D'autres, tout en ne conseillant pas le cathétérisme pratiqué d'une manière hâtive, n'osent pas attendre assez longtemps pour que la miction se fasse spontanément.

D'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, attendent fort longtemps, jusqu'à la limite de souffrance que peut tolérer la femme, et dans presque aucun cas ils n'ont besoin de recourir à la sonde.

Dans la clientèle, il faut le reconnaître, à moins d'avoir une autorité toute particulière, le médecin ne pourra pas laisser une accouchée vingt-quatre ou trente-six heures sans uriner.

Ce serait se heurter à tous les préjugés qui ne peuvent être détruits que par le temps. L'accoucheur sera donc, le plus souvent, obligé de pratiquer le cathétérisme ; il le fera du reste sans danger, s'il a soin d'avoir recours à l'asepsie la plus rigoureuse.

Traitement du hoquet.

M. le Docteur *Le Gendre* nous donne, dans la *Revue de pœdiatrie et d'obstétrique*, quelques con-

seils fort utiles pour le traitement du hoquet que nous reproduisons ici :....

Le hoquet de courte durée et d'une intensité peu gênante est le plus souvent l'indice d'une digestion laborieuse, et notamment d'une distension brusque de l'estomac par des gaz. Fréquent chez les nourrissons qu'on laisse téter trop rapidement ou qui, buvant au biberon, déglutissent maladroitement de l'air, il est un *symptôme de dyspepsie* et requiert une amélioration dans le mode d'alimentation. On le trouve encore chez des enfants plus âgés, qui boivent trop vite et trop à la fois. Il est aussi lié souvent à une hyper-acidité du contenu gastrique et se trouve guéri par l'alcalinisation.

Dans les affections graves et chroniques du tube digestif, qui provoquent des ulcérations petites et superficielles, ou dans les maladies générales au cours desquelles peuvent se faire des *érosions de la muqueuse gastro-intestinale*, il existe un hoquet, auquel les meilleurs moyens à opposer sont les antiseptiques et les poudres fines susceptibles de s'étendre sur toutes les surfaces : benzonaphtol, salicylate et sous-nitrate de bismuth, craie lavée.

Dans les affections des voies respiratoires, le hoquet traduit en général ou une *adénopathie trachéo-bronchique*, ou une *irritation des filets du nerf phrénique*, en contact avec la plèvre diaphragmatique.

On rencontre le hoquet dans les *affections du péritoine*.

Dans ces divers cas, la révulsion par les badigeonnages iodés, les pointes de feu, les sinapismes au niveau de l'espace interscapulaire, des parois antérieure ou latérale du thorax, est l'indication principale.

Certains *enfants hystériques*, ou simplement *nerveux*, sont pris de hoquet bruyant, périodique, et c'est par le traitement antispasmodique (éther, valériane, belladone), par l'hydrothérapie, qu'on en peut triompher.

Certains moyens empiriques peuvent être essayés, cautérisations du lobule de l'oreille, applications de glace sur l'épigastre, déglutition de petits fragments de glace, suspension volontaire et prolongée de la respiration par l'action de boire très lentement un verre de liquide, ce qui modifie le rythme du clonus diaphragmatique. Le procédé le plus récemment proposé est la compression énergique avec le doigt d'un ou des deux nerfs phréniques, entre les insertions inférieures des sterno-cléido-mastoïdiens.

L'antipyrine, le chloral, la cocaïne, la morphine, les bromures sont les médicaments qu'on essaie toujours isolés ou associés et qui finissent généralement par triompher.

M. le Dr *Crouzel*, nous prie de communiquer à nos lecteurs un moyen curatif fort simple qu'il a découvert en quelque sorte par hasard :

« Je soignais l'année dernière un malade âgé de 50 ans atteint de fièvre typhoïde grave. Vers le 25e jour survint un hoquet, qui se manifesta d'abord par une seule contraction spasmodique se répétant 3 ou 4 fois par minute. Le 2me jour, les contractions se succédaient chaque 1/3 de minute par séries de 3, 4, et même 5. Une angine venait de se déclarer, et je me mis à traiter cette complication par des badigeonnages avec un pinceau imbibé de glycérine salicylée.

« Dès que mon pinceau eut touché l'arrière-gorge, le hoquet disparut : Dans la suite, le pinceau, promené rapidement à l'extrémité supérieure du pharynx, arrêtait instantanément le hoquet. Le malade guérit.

« Depuis cette époque, j'ai souvent employé ce moyen qui m'a toujours réussi. »

Il doit y avoir là un phénomène d'inhibition, qu'il serait intéressant de vérifier.

Traitement de la pelade.

D'après le Dr *Broeq*, le meilleur traitement de la pelade est le suivant :

Raser la plaque et les cheveux autour de la plaque, sur une surface d'un centimètre environ.

Savonner tous les matins la plaque et la région rasée.

Frictionner avec le mélange excitant et antiseptique formulé d'après M. Raymond :

Sublimé	0,50
Teinture de cantharides et de romarin	āā 25 »
Alcoolature de Fioraventi	50 »
Eau de Cologne	500 »

Dès que l'excitation n'est plus suffisante, badigeonner avec le mélange fait dans les proportions suivantes :

Acide phénique	1
Chloral	1
Teinture d'iode	1 à 6

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement du rachitisme (1).

I. *Prophylaxie*.— Il y aurait peut-être quelque chose à faire pour prévenir la procréation d'enfants prédisposés au rachitisme. On devrait déconseiller le mariage entre sujets ayant eu du rachitisme dans leur enfance, s'opposer aux unions entre individus trop jeunes, ou entre une femme jeune et un homme âgé ou fatigué, surtout s'il a eu des accidents syphilitiques. Non pas que nous croyions à la syphilis une action directe sur la formation du rachitisme, mais parce que les enfants de syphilitiques sont plus maladifs et plus vulnérables, en particulier du côté du tube digestif et de la nutrition des os.

Pendant la grossesse, il faut s'inquéter si la mère a une alimentation assez abondante, assez réparatrice et une oxygénation suffisante. Nous devons insister pour obtenir l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 10 mois. Le lait est l'aliment le plus propre à prévenir le rachitisme, parce qu'il est riche en chaux (0 gr. 80 par litre). Si on donne au nourrisson trop peu de lait ou un lait trop pauvre en chaux, l'apport de chaux sera insuffisant pour la bonne constitution du squelette, qui en contient 115 grammes pour 1,000 ; mais, si on lui donne prématurément, au lieu de lait, de la farine, des pommes de terre et autres féculents, ces aliments étant digérés dans l'intestin, la chaux des sels calcaires qu'ils contiennent se précipitera et sera expulsée par les selles. Lorsque les acides se produisent dans le tube digestif par suite de fer-

(1) Traité de thérapeutique infantile de Le Gendre et Broca.

mentations anormales ou excessives, ces acides, l'acide lactique en particulier, résorbés par l'intestin, vont entraver la fixation de la chaux dans le tissu osseux ou provoquer la mise en liberté de celle qui y était déjà fixée ; peut-être exercent-ils aussi une action trop stimulante sur le processus ostéogénique. Toutes les causes qui amènent des troubles digestifs,la dilatation gastrique et surtout intestinale, les tétées trop copieuses ou trop fréquentes, doivent être écartées. Ce serait une erreur de croire qu'il suffit de nourrir uniquement de lait l'enfant pour prévenir le rachitisme ; il faut encore que l'enfant n'en soit pas gavé à tort et à travers. Nous avons vu plusieurs fois des enfants nourris exclusivement au lait jusqu'à un an présenter des signes de rachitisme, peu accusés, à la vérité, mais indéniables ; la mère ou la nourrice ont toujours répondu qu'elles donnaient à téter à l'enfant toutes les fois qu'il criait.

Nous devons donc, avant tout, *prévenir la dyspepsie* et la guérir le plus rapidement possible. Le lait sera donné à heures régulières, assez espacées ; la quantité ingérée chaque fois ne sera pas excessive. Si le lait est trop riche en matières grasses, on fera prendre avant la tétée un peu d'eau alcaline ; si l'enfant est au biberon, on coupera le lait. Si la nourrice a trop peu de lait, on donnera en supplément un peu de lait de vache écrémé ou dilué. Tout en combattant la diarrhée ou la lientérie, on ne prolongera pas abusivement l'usage des préparations de chaux.

Le sevrage ne sera, ni prématuré, ni trop tardif. Ce moment venu, on donnera d'abord les œufs, les bouillons, les farines de céréales où la germination a développé de la diastase,le lait phosphaté.

II. *Traitement médical.* — Le rachitisme confirmé, on se préoccupera d'éviter autant que possible les déformations, qui résultent de l'action des causes extérieures sur les os ramollis. On ne doit pas exciter l'enfant à marcher, dans la période où ses jambes flexibles s'incurveraient graduellement sous son poids ; la mère ne doit pas le porter pendant la plus grande partie du jour assis sur ses bras, ni le laisser couché, non plus tout le jour dans le décubitus dorsal. Il faut le manier avec les plus grandes précautions et lui éviter autant que possible toute pression prolongée sur un même point du corps. C'est grâce à ces soins qu'on lui fera gagner l'époque de la consolidation du squelette, sans trop de déformations.

L'enfant rachitique, une fois sevré, recevra des aliments variés, riches en phosphates, mais faciles à digérer ; lait, œufs, poisson bouilli, farines d'orge, d'avoine, de lentilles et de haricots ; les graisses animales (huile de foie de morue) peuvent être fort utiles, à la condition d'être bien digérées.

Comme médicaments, on alternera l'usage du phosphate de chaux en solution chlorhydrique à doses modérées, des phosphates solubles de soude et de potasse, avec l'iodure de fer, les préparations iodo-tanniques. On peut utiliser pour l'administration des phosphates les injections sous-cutanées de phosphate de soude. Dans quelque cas il sera indiqué d'employer l'huile phosphorée, suivant la formule de Kassowitz :

Phosphore .... 0 gr. 01
Faire dissoudre dans :
Huile d'amande douce .... 10 gr.
Ajouter :
Poudre de gomme arabique .... 5 gr.
Sirop simple .... 15 gr.
Eau distillée .... 80 gr.

Chaque cuillerée *à café* contient un demi-milligramme de phosphore ; on en peut donner 1 à 4 par jour, suivant l'âge et le poids des enfants.

On fera chaque jour des frictions alcooliques sur tout le corps ; on donnera des bains salés ; on exposera l'enfant, lorsque cela sera possible, sur le sable, à la brise marine et à la radiation solaire, la tête bien protégée par un chapeau large, et on fera vivre au grand air le plus possible les enfants, qui ne peuvent bénéficier de la cure maritime.

III. *Traitement chirurgical.* — Lorsque la maladie est guérie, on pourra combattre les conséquences de diverses déformations par la gymnastique méthodique, l'orthopédie et la chirurgie.

C'est surtout à la scoliose que conviennent les exercices gymnastiques spéciaux ; mais il est impossible de ne pas consacrer tout un chapitre aux déviations rachidiennes, rachitiques ou non, et nous ne parlerons ici que des difformités chirurgicalement curables des membres inférieurs. C'est en effet aux membres inférieurs presque exclusivement que s'observent les déviations contre lesquelles une intervention chirurgicale est indiquée, et il est facile d'agir par exception sur les autres os en se laissant guider par les mêmes principes.

Ces principes sont les suivants :

1° Tant que le *rachitisme est encore en voie d'évolution*, il faut s'en tenir au traitement médical, en insistant sur le repos absolu au lit, car c'est sous l'influence du poids du corps que se font les déformations des membres inférieurs. Les appareils plus ou moins compliqués, à attelles ou à tuteurs métalliques articulés, destinés à permettre la marche en soulageant la charge du squelette et en exerçant même une pression continue sur la convexité de la courbure anormale, doivent être abandonnés. Si on ne peut pas, sans artifice, obtenir le repos au lit, on confectionnera, dans les cas légers, un bandage roulé appliquant sur le côté de la concavité une attelle qu'on aura soin de faire dépasser la plante du pied, de la sorte, la marche sera rendue impossible. Si les déformations sont plus accentuées, on fera sous le chloroforme une séance de redressement manuel, ce qui est facile à cette période où les os sont malléables, et on appliquera un appareil plâtré. Mais, si on lève cet appareil lorsqu'il n'est plus utile à la consolidation, c'est-à-dire au bout de six semaines environ, le traitement médical n'aura pas eu le temps d'agir et, sous l'influence de la marche, la récidive sera la règle. Il faut obtenir de trois à quatre mois de séjour au lit, et, sauf pour les incurvations très prononcées, on voit souvent les jambes reprendre leur forme à peu près normale sans l'intervention d'aucun redressement ni appareil.

2° La *difformité est constituée* à partir du moment où le rachitisme est guéri, ce qui se reconnait à ce que les incurvations sont devenues stationnaires, sans tendance à s'aggraver, ni à diminuer. Dès lors l'influence du repos au lit est nulle et une intervention chirurgicale s'impose. Cette intervention sera l'ostéoclasie, manuelle ou instrumentale, ou l'ostéotomie. En règle générale, nous préférons l'ostéotomie, avec laquelle on sait avec précision ce que l'on fait ; et ses dangers sont nuls, si on opère aseptiquement. Les indications sont un

peu différentes, suivant la disposition exacte et le siège des incurvations osseuses. On saura d'ailleurs que, très souvent, en raison de la complexité et de la multiplicité de ces incurvations, il faut faire sur le même membre, voire sur le même os, des interventions successives. Lorsqu'il en est ainsi, et lorsqu'en outre, les deux membres sont difformes, ce qui est la règle, on peut sans danger faire en une seule séance deux ostéotomies et rapprocher les séances à huit ou dix jours d'intervalle. Mais il vaut mieux aller plus lentement, moins au point de vue du traumatisme que pour prolonger le séjour au lit. Après la consolidation, il est inutile de prescrire le port d'appareils à tuteur. Il est prudent de ne permettre la marche qu'au bout de trois mois au moins.

Les indications fournies par la disposition anatomique des parties sont les suivantes :

a) Le *genu valgum rachitique* est souvent traité avec succès par le redressement manuel, obtenu soit en utilisant comme levier la jambe dépassant le bord de la table contre laquelle un aide fixe solidement la cuisse, soit en écrasant pour ainsi dire l'angle anormal contre le plat d'une table où le membre repose à faux par sa face externe. L'ostéoclasie instrumentale est ici moins fréquemment employée. Pour notre part, nous avons toujours recours à l'ostéotomie transversale sous-condylienne, par le procédé de Macewen. Très souvent, à l'inspection du membre, la déviation paraît porter surtout sur l'extrémité supérieure du tibia : il faut être averti que l'ostéotomie de cette région ne donne à peu près pas de résultats. Toujours on commencera par sectionner le fémur ; la plupart du temps ce sera suffisant. Quelquefois il persiste un angle obtus ouvert en dedans, ayant son sommet un peu au-dessous de la partie moyenne du tibia : on le redressera facilement par une ostéotomie oblique en bas et en dehors, faite en ce point.

Les considérations précédentes s'appliquent au *genu valgum*.

b) Les *incurvations diaphysaires* du fémur n'ont presque jamais besoin d'être redressées. Celles du tibia, au contraire, fournissent des indications thérapeutiques très fréquentes. Ici, l'ostéotomie est le seul procédé à conserver, car, pour parvenir avec certitude à la correction, il faut une grande précision dans le siège, la forme, la direction du trait de fracture. Nous venons de signaler l'ostéotomie oblique pour les inflexions angulaires supérieures : et souvent il faut en cet endroit corriger en outre les torsions anormales, ce que l'ostéotomie oblique permet très bien. Au tiers inférieur de la jambe, on observe surtout des incurvations à concavité interne ou postéro-interne ; à celles-là convient l'ostéotomie cunéiforme, à base externe ou antéro-externe. Après ces ostéotomies, presque jamais, il n'est nécessaire de sectionner le péroné, facile à fracturer à la main. Exceptionnellement le quart inférieur de la jambe se dévie en valgus, en une difformité analogue à celle d'une fracture de Dupuytren, vicieusement consolidée ; on y remédiera par l'ostéotomie transversale-sus-malléolaire des deux os.

P. Le Gendre.

REVUE D'HYGIÈNE

Le numéro de juin de la *Revue d'hygiène* nous apporte un certain nombre de faits intéressants qui compléteront utilement nos précédents articles.

Voici d'abord un nouveau procédé chimique pour stériliser l'eau potable. D'après Traube, il suffit d'ajouter 0 gr. 000426 de chlorure de chaux à un litre d'eau même très chargée en bactéries, pour la rendre stérile en moins de 2 heures ; on neutralise l'excès de chlore en ajoutant 0 gr. 000209 de sulfite de soude qui s'oxyde en 12 ou 14 heures et se transforme en sulfate de soude inoffensif à cette dose. Ces expériences n'ont, du reste, porté que sur les bactéries de la putréfaction.

Nous avons vu récemment que les filtres en porcelaine, laissent passer les microbes au bout d'un temps souvent très court. Miquel, qui avait déjà constaté ce défaut, a cherché à prolonger l'effet utile des bougies en leur adjoignant une sorte de filtre sable et charbon. On remplit de sable l'espace compris entre la bougie et son armature et l'on dispose, d'autre part, en amont de la bougie, un cylindre long de 0m10 et contenant 0m07 de sable et 0m03 de charbon animal ordinaire. Or, tandis qu'une bougie ordinaire devient perméable aux microbes au bout de 24 heures seulement, celle qui a été munie de sable s'oppose à leur passage pendant 8 à 10 jours. Vallin, en analysant le mémoire de Miquel, fait remarquer, d'ailleurs, que, dans les casernes munies de filtres Chamberland, l'eau n'arrive au filtre qu'après s'être purifiée déjà dans un cylindre de fonte rempli de sable ou de charbon : ce qui permet de nettoyer les bougies une fois par semaine seulement.

Combien de temps les microbes peuvent-ils vivre dans l'eau ? Cette question n'est pas encore complètement résolue et suscite toujours des travaux assez contradictoires. On sait que Pasteur a trouvé dans l'eau le vibrion septique ; Gaffky, la bactérie de la septicémie des lapins ; Koch, le bacille du choléra. D'après le savant hygiéniste de Berlin, ce bacille se conserverait 30 jours dans l'eau de puits, 7 jours dans l'eau d'égout et 1 jour seulement dans les fosses d'aisance, détruit qu'il est par les microbes saprophytes. Quant au bacille typhique, Bagehoff, Wolfhügel et Riedel, ont fait voir qu'il se conserve et se multiplie facilement dans l'eau.

Strauss et Dubarry sont arrivés à des résultats résumés dans le tableau suivant :

Microbes	Durée
M. du charbon	28 à 131 jours.
M. de la fièvre typhoïde	30 » 81 »
M. du choléra	16 » 39 »
M. de la tuberculose	24 » 175 »
M. de la morve	19 » 57 »
Streptococcus pyogenes	8 » 15 »
Staphylococcus pyogenes aureus	9 » 30 »
Pneumo-bactérie de Friedlander	4 » 8 »

D'après ces expérimentateurs, la composition chimique de l'eau n'a aucune influence apprécia-

ble sur la durée de la vie des microbes qui persistent aussi longtemps dans l'eau distillée absolument pure que dans les eaux les plus chargées de matières organiques et cela sans atténuation de leur virulence. Le bacille tuberculeux seul s'atténue avec le temps.

L'eau de mer préalablement stérilisée paraît en général moins favorable aux microorganismes. C'est, du moins, la conclusion d'un mémoire récent du Dr Cassedebat, qui a expérimenté sur les eaux du port d'Oran :

Microbes	Durée
Streptococcus aureus	22 à 24 jours.
Pneumocoque de Friedlander	35 » 40 »
Bacille du charbon	21 » 24 »
Bacille de la fièvre typhoïde	48 heures.
Bacille de la diarrhée verte	16 à 20 jours
Bacille du choléra	plus de 35 jours (expérience interrompue).

Enfin, dans des expériences récentes faites avec de l'eau de la Tamise ou du lac Katrine, Percy, Frankland et Marshall ont trouvé que ces eaux, préalablement stérilisées, n'ont qu'une action à peu près nulle sur les spores du charbon, tandis que dans les mêmes eaux non stérilisées les spores diminuent rapidement ; pourtant, il restait encore quelques spores au bout de sept mois dans l'eau de Tamise non stérilisée.

La purification spontanée des fleuves reconnaît plusieurs causes : la précipitation des matières en suspension en raison de leur densité ou par suite d'un véritable collage qui se produit entre les matières organiques et l'argile, les chlorures, les sels de fer, les sels ammoniacaux, etc. ; l'action des microorganismes, anaérobies, puis aérobies, qui finalement amènent la restitution au monde inorganique des éléments de la matière vivante ; enfin, l'action de la lumière solaire qui s'exerce spécialement sur les microorganismes eux-mêmes.

Büchner a démontré le premier que les rayons solaires agissent à travers les couches liquides : ayant immergé dans le lac Starnberg près de Munich, des boîtes closes et vitrées contenant des cultures microbiennes, il vit que les microbes étaient détruits après 4 heures et demie d'insolation à une profondeur de 1m60, se développaient médiocrement à 2m60 et ne subissaient aucune modification à 3m10. Il constata, de plus, que le nombre des bactéries dans l'Isar est au maximum à 4 heures du matin et au minimum à 8 heures du soir, les microbes ayant été tués en partie dans la journée par la lumière du soleil. Praussnitz avait vu, de même que dans les eaux d'égout de Munich, les germes sont au maximum le matin, au minimum dans l'après-midi.

Procaccini a opéré à Naples sur de l'eau d'égout, placée dans deux vases recouverts extérieurement d'un papier qui est noirci en dedans pour l'un des vases et totalement blanc pour l'autre : l'eau de ce dernier est donc seule éclairée. Or, après 6 heures d'insolation, les microbes du vase éclairé sont presque entièrement détruits tandis que ceux du vase obscur sont devenus innombrables. L'auteur observe que cette différence ne doit pas être attribuée à l'échauffement du liquide, la température s'étant très peu élevée pendant l'expérience et étant à la fin à peu près la même pour les deux vases, 48° pour le vase éclairé et 42° pour l'autre ; la température initiale était 33° pour l'un et l'autre.

Pour Procaccini, comme pour Praussnitz, comme pour Pettenkofer, c'est l'action de la lumière solaire qui est prépondérante dans l'épuration des fleuves ; c'est elle aussi, qui domine dans l'épuration des eaux d'égout par le sol, surtout avec épandage. Aussi, lorsque la nature de ce sol le rend peu propre à la stérilisation, Procaccini conseille-t-il, avant de confier les eaux d'égout au sol, de les exposer dans de vastes bassins peu profonds revêtus à l'intérieur de ciment blanc pour réfléchir partout la lumière solaire.

Nous avons rapporté, dans notre précédente revue, les expériences d'Esmarch relatives à l'action de la lumière solaire sur des étoffes imprégnées de microbes pathogènes et nous avons noté la vulnérabilité toute particulière du bacille cholérique.

Palermo vient d'opérer sur les cultures pures de ce bacille, en faisant circuler le liquide de culture à travers des tubes de verre noir ou transparent ; après une exposition plus ou moins longue aux rayons solaires, le liquide était inoculé à des cobayes. Palermo conclut de ses expériences que la virulence est supprimée après 3 à 4 heures d'insolation et les microbes eux-mêmes détruits après 6 à 7 heures. Il est à remarquer que la perte de la virulence n'a pas eu pour conséquence la perte du pouvoir immunisant sur les animaux inoculés.

Tyndall, par la méthode optique, Fraenkel, au moyen des cultures, ont montré que la glace contient toujours des microbes, en nombre d'ailleurs très variable suivant les points où elle est recueillie, puisque Prudden en a compté de 1 à 55.000 par centimètre cube. La grêle aussi renferme des microbes et les grêlons, d'après Otto Bujwid, peuvent même servir à les transporter d'un lieu à un autre.

La congélation prolongée tue pourtant la plupart des espèces microbiennes, mais non toutes : Chantemesse et Widal n'ont pu tuer ainsi les bacilles typhoïdes, et Prudden a seulement réussi à réduire leur nombre. Il n'en serait pas de même, heureusement, pour les bacilles du choléra. D'après Renke, tous ces bacilles sont détruits après cinq jours de congélation ininterrompue. Uffelmann est arrivé au même résultat : pour cet auteur, l'important est que la congélation soit suffisamment longue, l'intensité du froid importe peu.

On sait, depuis les expériences de Cornet, que les salles où ont séjourné des phtisiques restent imprégnées de bacilles tuberculeux ; on pouvait prévoir qu'il en serait de même pour les wagons de chemins de fer. Petri, Kolb et Friedreich viennent d'en donner la preuve expérimentale, en inoculant avec succès à des cobayes, des poussières recueillies à la surface de ces wagons. D'ailleurs, ces poussières contiennent d'autres microbes pathogènes : les auteurs y ont trouvé les staphylocoques et streptocoques pyogènes, le bacille du tétanos et celui de l'œdème malin. Les planchers sont souillés au maximum, les bancs et les cloisons moins, et les plafonds presque pas.

Le meilleur moyen de désinfection — et il ne donne pas des résultats parfaits —, consiste à frotter les surfaces avec une solution chaude de savon à 1 pour 100, à les laver ensuite à l'eau chaude, à les essuyer enfin en les frottant avec un linge stérilisé ; on peut aussi appliquer l'eau de savon au pinceau ou la projeter en jet. Ces moyens réussissent à peu près pour les wagons ordinaires ; pour les wagons de luxe, dont le nettoyage est plus difficile, on lave avec avantage les tapis avec l'eau de savon ou le sublimé à 1 pour 1000.

Dr Amblard (de Bellegarde).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Service militaire des étudiants.

On sait que M. Labbé, sénateur, avait déposé sur la tribune du Sénat la proposition de loi suivante :

L'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 24. — Les jeunes gens visés au paragraphe premier de l'article précédent, qui, dans l'année qui suivra leur année de service, n'auraient pas obtenu un emploi de professeur, de maître répétiteur ou d'instituteur, ou qui cesseraient de les remplir avant l'expiration du délai fixé ;

Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes ou les prix spécifiés aux alinéas du paragraphe 2, à l'exception toutefois des diplômes de docteur en médecine et du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, pour l'obtention desquels la limite d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article 23, est fixée à vingt-sept ans.

Les arguments qu'il invoquait étaient péremptoires : puisque le nouveau régime des études médicales prolonge d'une année la durée de ces études, il est indispensable que l'âge auquel elles doivent être terminées soit prorogé d'une année.

Nous avons appris avec satisfaction que la commission sénatoriale de l'armée a adopté la proposition à l'unanimité et que le ministre de la Guerre l'a acceptée.

La prévoyance s'impose aux médecins.

Nous reproduisons, d'après le compte rendu de l'Association des médecins de la Seine, quelques anecdotes qui, nous l'espérons, feront réfléchir nos confrères et les engageront à souscrire aux œuvres de prévoyance médicale : Association générale, Caisse des pensions de retraite du corps médical français, Association amicale des médecins Français.

Le docteur X..., sociétaire depuis plus de vingt ans, est arrivé, par un labeur assidu, à se créer une aisance honorable. Il a fait de son fils un médecin estimé ; sa fille, mariée à un officier ministériel, est mère de trois enfants et dans une situation prospère : sa tâche est accomplie ; il n'a plus qu'à jouir d'un repos bien gagné. Soudain, tout l'édifice s'écroule ; le notaire, pour réparer une perte d'argent accidentelle, s'est lancé dans des spéculations hasardeuses ; il a perdu non seulement son avoir propre, mais la dot de sa femme et toutes les économies de son beau-père. Il disparaît et notre infortuné confrère demeure sans ressources, à 75 ans passés, avec sa fille et ses trois petits-enfants à sa charge. Un secours annuel de 1.200 francs, voté par la Commission générale, a sauvé du désespoir cette intéressante famille.

Un ancien interne des hôpitaux de Paris s'était marié, il y a dix ou douze ans, à une jeune fille qui possédait, comme lui, du reste, une petite fortune assez ronde. Père de deux enfants, il envisageait l'avenir avec une sécurité parfaite, et on l'aurait fait sourire en lui parlant de chercher dans l'Association une protection contre les mauvais jours.

Il demanda cependant son admission, dans un sentiment de solidarité confraternelle et pour faire son devoir envers les déshérités de la profession. Peu de temps après, il commettait l'imprudence de suivre les conseils d'un proche parent qui lui faisait placer tout son avoir et celui de sa femme dans une maison de commerce dont le donneur d'avis garantissait la solidité.

Deux ans plus tard, l'entreprise sombrait, engloutissant la fortune entière du jeune ménage. Notre confrère supporta le coup sans faiblir ; n'était-il pas jeune, bien portant, à la tête d'une clientèle déjà brillante. Il se dit qu'il travaillerait davantage, qu'il dépenserait moins et qu'avec de la persévérance il referait le patrimoine de ses enfants. C'était compter sans la malechance qui semble parfois s'acharner sur ses victimes jusqu'à ce qu'elle les ait accablées. L'an dernier, le malheureux garçon était enlevé en quelques jours par une fièvre typhoïde, au moment même où, sa situation éclaircie, il allait pouvoir songer à l'avenir. La veuve s'est souvenue qu'il avait appartenu à l'Association, et notre concours ne lui fera pas défaut : les quelques louis versés par son mari en cotisations lui seront rendus au vingtuple et notre allocation annuelle la mettra, ainsi que ses enfants, à l'abri du besoin, sinon de la gêne.

A ces histoires d'hier, permettez-moi d'en joindre une autre presque aussi récente et non moins instructive. Un médecin très actif et très capable avait fondé près de Paris une maison de santé dans laquelle il avait engagé toutes ses ressources. Il en espérait les plus brillants résultats, mais en attendant, il avait peine à vivre, d'autant plus qu'il était chargé de famille ; sollicité d'adhérer à notre Association il s'y était refusé, alléguant ses charges déjà trop lourdes et l'impossibilité de les accroître encore. Au bout de peu d'années, il est enlevé par une affection abdominale à marche rapide. La mort est suivie d'une liquidation ruineuse qui laisse sa famille sans pain : aux supplications de sa veuve, nous voudrions répondre par un large secours, mais le mari n'était pas sociétaire, nous ne pouvons donner qu'une aumône. »

La pharmacie au rabais.

Un pharmacien des Pyrénées-Orientales jetait naguère le cri d'alarme sur la pharmacie, qui est en train de sombrer par la terrible concurrence que se font entre eux ces négociants diplômés, dont le nombre augmente chaque jour.

Le public qui assiste gaîment à la lutte se dit : « Tant mieux, le pharmacien se ruine, mais moi j'ai les drogues pour rien. » Eh bien ! bon public. C'est toi qui es la dupe. Quand tu achètes de la cretonne, à bon marché, c'est avantageux pour toi parce que tu connais la cretonne, mais quand tu achètes un médicament au rabais, c'est toi qui es volé, parce que tu ne connais pas les médicaments. En veux-tu de multiples exemples ?

Un pharmacien publiait récemment dans *l'Union Républicaine de la Marne* le cas d'un pharmacien au rabais qui délivrait dans des cachets de la dextrine qui coûte 1 fr. le kilo, à la place de pepsine, qui était ordonnée et qui coûte 75 fr. le kilo.

Un autre pharmacien du même genre, au lieu

de 20 grammes d'iodure de potassium ordonnés dans une potion, en mettait seulement 8 ou 10 grammes.

M. P**. pharmacien dans la Haute-Saône, nous cite des cas nombreux de fraude commis dans les pharmacies au rabais et qu'il a été à même de constater au cours de sa carrière.

L'un mélangeait le bromure de potassium de 33 % de sel de nitre.

Un autre, sous prétexte que les médicaments agissent mieux à petite dose, mettait le 1/3 des produits formulés par le médecin.

Celui-ci avait des médicaments *Types*, d'ailleurs bien inoffensifs, qui servaient à remplir toutes les ordonnances.

Deux autres, par bonté d'âme pour les clients qu'ils craignaient d'empoisonner, n'ouvraient jamais l'armoire aux poisons que lors de la visite du jury d'inspection, les remplaçant dans l'exécution des formules par un produit lénitif quelconque capable de donner la couleur et le goût.

J'en ai connu un, dit M. P**, qui ne se gênait pas pour donner du sirop de sucre au lieu du sirop de Gibert.

Un autre vendait 1 fr. 50 ce qui coûtait 2 fr. à ses confrères, mais lui revenait à lui à 0 fr. 75.

Un autre remplaçait purement et simplement les produits un peu chers par des succédanés à bas prix, et encore la plupart du temps, diminuait la dose.

« Mais, continue M. P**, si ces pharmaciens au rabais volent et trompent indignement le public, ils se font voler à leur tour par le droguiste qu'ils mettent en demeure de leur fournir des produits à des prix dérisoires ; c'est ainsi que j'ai vu des droguistes donner de l'acide tartrique pour de l'acide citrique ; de la poudre aromatisée au musc pour du musc pur hors vessie, etc. »

M. L**, inspecteur des pharmacies du Cantal, nous cite le cas d'un pharmacien au rabais qui, sur 20 cachets au sulfate de quinine et à l'antipyrine, trouvait toujours le moyen d'en gagner deux sur la pesée ; il a su qu'un autre ne se gênait pas pour remplacer le sirop de capillaire par du sirop simple et du caramel.

Il faut que les malades sachent qu'ils ont tout à perdre en s'adressant aux pharmaciens qui vendent au rabais.

Beaucoup de ces personnages peu scrupuleux préparent à l'avance, tant bien que mal, mais surtout mal, des pilules ferrugineuses, fébrifuges, purgatives, dépuratives, toninutritives, etc., etc., qu'on donne aux malades porteurs d'une ordonnance, sans tenir compte des éléments qui constituent la formule.

Ils procèdent de la même façon pour tous les cachets.

De même les potions sont composées à vue d'œil.

Il me serait facile, nous dit M***, de citer un pharmacien qui mélange au bismuth — qui vaut 23 fr. le kilog. — 30 % de phosphate de chaux qui ne coûte que 3 fr. 50 ; celui-ci falsifie l'antipyrine à 130 fr. le kilo avec 30 % de sucre ; cet autre donne du bromure de potassium qui revient à 6 fr. 50 pour de l'iodure à 35 fr. ; il en est qui confectionnent sur l'heure une teinture quelconque avec de l'alcool coloré au caramel ; enfin, dans beaucoup de ces pharmacies au rabais, on fabrique les vins médicinaux, les élixirs et les extraits au moyen d'expédients variés, mais qui écœurent le personnel employé à ces tripotages tant ils sont inavouables.

M. G... signale encore un pharmacien, qui dans l'onguent napolitain remplaçait le mercure par de l'ardoise pilée, un autre qui remplaçait, dans des cachets, le sulfate de quinine par de la simple farine, etc....

Faut-il ajouter que bien souvent c'est la concurrence par le rabais excessif qui pousse le pharmacien à faire de la médecine, contrairement à la loi.

Il est hors de doute, dit-il, que le pharmacien ne peut pas vivre du produit des ordonnances, qui n'entre pas pour le quart dans ses recettes journalières. La nécessité le force d'empiéter sur le domaine de la médecine ; il dit, et ses clients le croient, qu'il en sait autant que le médecin, fait tirer la langue au malade et, pour un furoncle qui nécessitait pour deux sous de diachylum, lui glisse en douceur pour 15 francs de sirops dépuratifs ; à un naïf qui, lui aussi, a besoin de se dépurer, il en donne pour 52 francs ; à un autre qui vient chercher avec une ordonnance de médecin un collyre au sulfate d'ésérine, substitue à cette substance qu'il n'a pas du sulfate d'atropine ; remplace le cyanure de potassium par quelques gouttes d'eau de laurier-cerise ; fait des préparations *à l'œil*, sans jamais rien peser; analyse les vins pour 5 fr., en répondant toujours que le vin est bon, et cela, suivant ses propres paroles, parce que 5 fr. sont bons à prendre; prend l'engagement d'honneur de demander les mêmes prix que ses confrères et profite des signes conventionnels pour demander meilleur marché.

Tous ces cas, quoiqu'invraisemblables, sont authentiques.

Pour avoir été perpétrées par des individus différents, ces mauvaises actions n'en sont pas moins au passif de la corporation. Et combien d'autres, qui passent ignorées pour une qui tombe sous le coup de la correctionnelle, comme nous l'avons vu il y a quelque temps !

Après ces citations, que nous empruntons au *Journal de médecine*, nous demanderons simplement comment la corporation pourra soutenir le droit, qu'elle prétend se faire arroger, de délivrer, librement et sans ordonnance, au client qui le demande tout médicament simple ou composé.... (Voir la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.)

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation de la Creuse.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le docteur Treille, de Lavareix-les-Mines, membre du Concours et de l'Association amicale, secrétaire de la Société locale de la Creuse.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement de Guéret.

Dr Gomot (Guéret), membre de la Société locale.

Arrondissement d'Aubusson.

Dr Dutheil (Aubusson), membre du Concours et de la Société locale.

Dr Cazy (Evaux), membre de l'Association amicale de la Société locale et du Concours.

Arrondissement de Boussac.

Dr Diacre (Chambon), membre de l'Association amicale et de la Société locale de la Creuse.

Arrondissement de Bourganeuf.

Dr Desoettes fils (Bénévent), membre de la Société locale et du Concours.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Exercice illégal.

Jugement du 4 mai 1894.

Attendu que par jugement du 27 janvier 1894, le tribunal de Melle (Deux-Sèvres) a ordonné que par MM. les docteurs Rogée de Saint-Jean-d'Angely, Bocquer docteur à Niort et Gaud, à Melle, l'œil que Gallon a perdu serait examiné à l'effet d'apprécier, s'il est exact qu'après l'extraction de la paillette d'acier qui s'était introduite dans cet œil cet organe allait aussi bien que possible et si, sans oblitération totale ou partielle de la vue, Gallon eût pu, au bout de quelque temps, reprendre ses occupations de bûcheron, si enfin ce n'est qu'à la suite des manœuvres de Frégé que la perte de l'œil a eu lieu ;

Attendu que les experts ont accompli leur mission et déposé au greffe le P. V. de leurs constatations ;

Attendu que les experts déclarent dans ce rapport qu'il est impossible d'admettre comme le prétend Frégé que lorsque le 5 juin 1893, Gallon s'est rendu pour la première fois chez lui et lui a demandé ses soins, l'œil était déjà perdu ; que l'introduction dans cet œil du corps étranger ne datant que de l'avant-veille, 3 juin, et le 4 juin le docteur Ponteil après examen, ayant assuré le malade qu'il pourrait au bout de quelques jours reprendre ses occupations ordinaires, il est manifeste que le 5 juin l'apparition du pus dans la chambre antérieure de l'œil n'avait pu se produire ;

Attendu que les hommes de l'art expliquent que Frégé a, en cet état, pratiqué sur l'œil de Gallon une opération absolument contre-indiquée et à laquelle on ne peut recourir que dans le cas de vascularisation extrême de la cornée, pour restreindre une inflammation trop vive mais qui est dangereuse, quand la cornée est malade et disposée à s'infecter et surtout quand elle est l'œuvre d'une main inhabile, usant d'instruments, qui n'ont pas été soigneusement nettoyés ;

Attendu que Frégé a, sans lavage préalable ni de l'œil, ni de ses propres mains, à l'aide d'une petite pince et d'une paire de ciseaux, enlevé tout autour de la cornée une bandelette de conjonctive, ce qui a occasionné au patient une douleur des plus vives et une hémorragie abondante, avant la fin même de l'opération ;

Attendu qu'ainsi s'explique la déclaration portée au certificat du docteur Junin, de Poitiers, constatant l'absence de conjonctive ;

Attendu que l'intervention maladroite et brutale de l'empirique a été la cause la plus efficace du phlegmon de l'œil, en privant la cornée des vaisseaux qui devaient la nourrir et séparer la perte de substance occasionnée par l'extraction du corps étranger qui l'avait blessée ;

Attendu, en résumé, que les experts déclarent Frégé pleinement responsable de la perte totale de l'œil du blessé ;

Attendu que par son imprudence, Frégé a causé à Gallon un notable préjudice ; qu'à la suite de la perte de l'œil, Gallon a été gravement malade, privé du travail qui lui était nécessaire pour vivre et faire vivre sa famille et dans l'obligation de faire face à des dépenses importantes, eu égard à sa situation pécuniaire ;

Attendu que le chiffre des dommages-intérêts à allouer doit pourtant subir une modération, à raison de l'imprudence de Gallon lui-même qui, recevant du docteur médecin Ponteil, le 4 juin, l'assurance d'une guérison, après quelques jours de repos, n'a pas hésité à courir de la façon la plus irréfléchie et à deux reprises, les 5 et 9 juin, au-devant des risques que comporte nécessairement l'emploi de praticiens sans études, partant sans garanties ;

Le tribunal,

Condamne Frégé à payer au demandeur, à titre de dommages-intérêts, pour réparation de préjudice causé par la perte d'un œil et des circonstances consécutives plus haut énoncées, la somme de 3,000 fr. et aux dépens de l'instance dans lesquels entrera le coût de l'expertise médicale ordonnée.

REPORTAGE MÉDICAL

Groupe médical parlementaire. — Banquet ajourné. — *En présence du deuil national causé par la mort du regretté Président Carnot, le bureau du* groupe médical parlementaire, *se faisant l'interprète des sentiments émus de tous ses membres, a renvoyé à la rentrée d'octobre prochain, le banquet qui devait avoir lieu à Paris, le 4 juillet 1894, pour resserrer les liens de bonne confraternité médicale entre les membres du groupe.*

— *L'assainissement de la Seine au Sénat.* — Vendredi et samedi derniers, a eu lieu, au Sénat, la discussion du projet de loi sur l'assainissement de la Seine. Nous ne pouvons résumer ici les nouveaux discours prononcés à la Chambre haute. Aussi bien aurions-nous à répéter une fois de plus ce que nous avons déjà dit si souvent. MM. Proust, Bechmann et Poubelle, commissaires du Gouvernement, ont, avec M. le Pr Cornil, rapporteur, fini par triompher. Ils ont plaidé, d'ailleurs, avec autant de brio et de chaleur que par le passé la cause de la science et de l'hygiène. Ils l'ont emporté ; nous leur adressons tous nos compliments pour la part qu'ils ont prise dans ce dernier tournoi oratoire.

La phase des discours est désormais close et ce n'est pas trop tôt : il faut désormais agir. Nous supplions l'Administration de ne pas perdre de temps, car il serait déshonorant pour notre pays de voir se reproduire encore des discussions aussi stériles que fastidieuses.

— *Congrès national d'Assistance de Lyon* (28-30 *juin* 1894). — Le Congrès national d'Assistance, qui devait commencer ses travaux le mardi matin 26 juin, à Lyon, s'est réuni seulement le 27 juin à neuf heures à l'Hôtel de Ville.

Le 26 juin, après le discours du Président, sur la proposition du Bureau du Congrès, la séance a été levée en signe de deuil. Le Congrès a repris ses séances le jeudi 28 juin, à neuf heures.

Voici les conclusions du rapport de M. Thulié (de Paris) sur la *revision de la loi Roussel*, rapport qui doit nécessairement amener au Congrès une discussion intéressante sur cette question vitale pour notre pays :

1° Obligation pour les départements des dépenses

du service de la protection des enfants du premier âge ; 2° obligation de l'inspection médicale ; 3° obligation de l'assistance médicale avec recours contre les parents, ou répartition de la dépense sur le département du domicile de secours ; 4° obligation de la vaccine ; 5° obligation, pour la femme qui veut prendre chez elle un nourrisson, du certificat médical délivré par le médecin inspecteur de la circonscription, après visite au domicile de la postulante ; à défaut du médecin inspecteur de la circonscription, et sur réquisition de l'administration, par le médecin inspecteur d'une circonscription voisine ; 6° obligation du certificat du maire constatant que l'enfant de la nourrice sédentaire, comme cela est exigé pour l'enfant de la nourrice sur lieu, est âge de sept mois révolus ; 7° suppression des mots : « moyennant salaire » ; 8° suppression à l'article 9 de la loi des mots : « ou s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique prescrit par l'art. 12 de la présente loi » ; 9° remplacer, à l'article 1er de la loi, ces mots : « hors du domicile des parents » par les suivants : « hors du domicile de ses père et mère ou tuteur légal »; 10° droit d'autoriser la nourrice à allaiter un autre enfant que son nourrisson et aux sevreuses et aux gardeuses de prendre plus de deux enfants (art. 25 et 27 du règlement) réservé au médecin inspecteur seul ; 11° en cas de non payement de son salaire la nourrice aura, de droit, l'assistance judiciaire et sera désintéressée du mois courant par le service de la protection ; le mois écoulé, l'enfant sera placé à l'hospice dépositaire des enfants assistés ; 12° rétribution du secrétaire de mairie chargé de l'expédition des affaires de la protection, d'après la circulaire du 21 juillet 1882 ; 13° définir et délimiter les attributions de l'inspecteur départemental, directeur du service sous l'autorité du préfet ; 14° surveillance des nourrissons et des enfants de nourrices dans leurs voyages ; 15° interdiction temporaire de la nourrice pour faute grave, par arrêté préfectoral par avis du conseil départemental ; 16° pénalité telle qu'elle est inscrite dans la loi du 24 décembre 1874, en ajoutant la responsabilité des parents qui ont accepté une nourrice non munie des certificats obligatoires.

— A l'occasion du voyage de M. le Président de la République à Lyon, ont été promus et nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur. — M. le professeur Ollier.

Au grade d'officier. — M. le professeur Lortet, doyen de la Faculté de médecine.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bron.

— Depuis 10 ans, à Reims, la mortalité des enfants de moins d'un an correspond à un cinquième, un quart, un tiers même des naissances. Cette grande mortalité tend un peu à diminuer grâce aux crèches, aux mesures hygiéniques, aux secours aux mères et aux enfants. M. le Dr Dupré et ses confrères ont pris une utile mesure d'avenir : ils font des *cours d'hygiène infantile* aux jeunes filles des écoles communales et préparent ainsi une génération de mères intelligentes, débarrassées de funestes préjugés. C'est un exemple qu'on ne saurait trop imiter.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3918. — M. le docteur GIRAL, de Nîmes (Gard), membre du Syndicat de Nîmes.

N° 3919. — M. le docteur CARBOUÉ, de Cologne-du-Gers (Gers), membre de l'Association des médecins du Gers.

NÉCROLOGIE

Nous avons à déplorer aujourd'hui la mort prématurée d'un de nos confrères les plus distingués, M. le Dr *Gillet de Grandmont*, officier de la Légion d'honneur, spécialiste éminent pour les maladies des yeux, ancien Secrétaire de la *Société de médecine pratique*, fondateur du *denier des Secrétaires généraux*, Secrétaire général de la *Société de protection des victimes du devoir*.

Le service funèbre a eu lieu mercredi, 4 juillet, à la Madeleine, au milieu d'un Concours de notabilités médicales et d'amis qui venaient rendre à *Gillet de Grandmont* le suprême hommage dû à un homme de bien, à un homme aimable, l'âme de toutes les réunions médicales auxquelles il appartenait.

Et nous avons, en outre, le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs BOLIN, d'Ambleny (Aisne), ROUJAS, de Mas d'Azil (Ariège), et MÉRENTIÉ, de Marseille, membres du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

La Lèpre. 1 volume in-8° carré de 60 pages, avec 10 planches originales en phototypie. Prix : 3 fr.

L'ouvrage contient les résultats des études de l'auteur, sur la lèpre, études faites pendant un séjour de 26 ans à l'île de Madère où cette maladie s'est maintenue depuis près de quatre siècles; il démontre, preuves à l'appui, la transmission directe de la contagion d'homme à homme, il expose les conditions de la prédisposition humaine pour la lèpre et de l'immunité de tous les animaux, et, s'appuyant sur des faits bactériologiques, cliniques et épidémiologiques, il propose des mesures destinées à faire disparaître, dans un avenir peu éloigné, les endémies encore existantes sous les zones les plus diverses et parmi les races les plus différentes.

Il détaille enfin ses essais thérapeutiques multiples et prolongés qui ont abouti à un plan de traitement faisant entrevoir la guérison de la terrible infection prise à son début.

L'ouvrage s'accompagne de dix planches en phototypie dont huit constituent un véritable atlas reproduisant les types les plus caractéristiques des formes et aspects de la lèpre.

Vertébrés sauvages du département de l'Indre, par René MARTIN et Raymond ROLLINAT, membres de la Société zoologique de France. Un vol. in-8° raisin, de 455 pages, broché : 10 fr.

Les auteurs ont étudié pendant de nombreuses années les Vertébrés sauvages du département de l'Indre. Ayant eu un grand nombre d'espèces en captivité, ils ont pu observer minutieusement leurs mœurs. Ce travail est donc fait surtout d'observations personnelles qui jettent un jour nouveau sur quelques espèces encore peu connues.

Ils ont observé 51 espèces de Mammifères, 272 espèces d'Oiseaux, 13 espèces de Reptiles, 14 espèces de Batraciens et 31 espèces de Poissons. On voit dans cet ouvrage des observations fort intéressantes sur les migrations des Oiseaux. La partie qui traite des Reptiles présente aussi un grand intérêt; celle qui traite des Batraciens est très développée, car les auteurs ont élevé les larves de presque toutes les espèces.

Ce travail contient le signalement exact de chaque espèce.

Inutile d'ajouter que nos confrères de tout le centre de la France trouveront dans ce volume des faits extrêmement intéressants sur les animaux qu'ils peuvent observer souvent.

Envoi franco contre un mandat-poste, adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, PARIS.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année **N° 28** 14 Juillet 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des anévrysmes des membres.

Dans sa thèse de doctorat, M. *Aunis*, de Bordeaux, donne les indications suivantes sur le traitement des anévrysmes des membres :

Les procédés cherchant à amener la coagulation du sang par modification directe, physique ou chimique, du sac ou de son contenu, tels qu'injections coagulantes, acupuncture, électro-puncture, réfrigération, etc., doivent être rejetés.

De tous les modes de compression, un seul, la compression digitale indirecte, faite sur l'artère, au-dessus du sac anévrysmal, doit être employé. Dirigé avec prudence, ce traitement a donné incontestablement à peu de frais de bons résultats. Mais il peut être suivi d'accidents sérieux, même dans les cas les plus simples ; aussi ne peut-il constituer un procédé de choix. Il doit être essayé au début du traitement des anévrysmes artériels et artérioso-veineux des membres, de petit volume, récents et non enflammés.

La ligature de l'artère, à proximité ou à distance du sac anévrysmal, a donné quelques bons résultats. Elle expose toutefois aux inflammations, aux gangrènes, aux hémorrhagies secondaires ; les guérisons qu'elle procure ne sont pas définitives ; le sac anévrysmal, même guéri, est souvent la cause de troubles fonctionnels multiples. Les échecs sont particulièrement à craindre dans le cas d'anévrysmes artérioso-veineux anciens et volumineux.

La méthode d'Antyllus expose à toutes les complications des plaies en suppuration. Elle doit être réservée aux cas d'anévrysmes récents, décrits plus justement sous le nom d'hématome anévrysmal diffus.

L'extirpation du sac, faite avec les précautions antiseptiques habituelles, ne donne presque jamais lieu aux complications précédentes. Elle supprime la possibilité des récidives, des hémorrhagies secondaires, diminue les chances de gangrène, fait disparaître les symptômes de compression.

Cette méthode quoique minutieuse n'offre pas de difficultés insurmontables ; mais il est important qu'elle soit faite sans incision du sac.

L'insuffisance de l'asepsie pour les pansements de l'armée.

M. le Dr *Terrier* a présenté à la Société de chirurgie une étude très importante sur les résultats obtenus par les pansements aseptiques préparés rapidement. M. Répin a fait de nombreuses expériences et a constaté que les linges bouillis quelques minutes dans l'eau, contiennent encore des microbes vivants. On doit compter plus de 35 minutes d'ébullition pour être sûr de la stérilisation complète. De même pour les fils à suture. Donc, il faut bien conclure que pour les besoins de la chirurgie d'armée et les pansements rapides en général, l'asepsie simple est insuffisante. Seule l'antisepsie complète met à l'abri de tout danger d'infection des plaies.

La lithiase biliaire d'origine microbienne.

Il résulte de récentes recherches que la lithiase biliaire reconnaît souvent pour origine une infection microbienne des conduits biliaires et de la vésicule. Il est fréquent de trouver au centre des concrétions biliaires des bacilles d'Escherich et quelquefois aussi des bacilles d'Eberth. Ces infections se font à la suite de fièvre typhoïde ou simplement de diarrhée violente microbienne ; il se produit une cholécystite et une canaliculite biliaire, qui, à la longue,

aboutit à la formation de concrétions biliaires.

L'indication, qui découle de cette pathogénie, est donc principalement la désinfection fréquente et soignée de l'intestin, au moyen des antiseptiques intestinaux, pendant le cours des entérites, quelles qu'elles soient.

PÆDIATRIE

Le lait stérilisé et l'alimentation des nouveau-nés.

Rien n'est plus difficile, mais aussi, rien n'est plus mal compris que l'alimentation des nouveau-nés, en général.

Nous ne parlerons pas, dans ce travail, de l'alimentation maternelle ou au sein. Celle-là a ses difficultés aussi, mais, en somme, avec une bonne nourrice, un peu de propreté et beaucoup de régularité dans les tétées, on arrive assez vite à d'excellents résultats.

Mais le gros problème, dont la solution n'est qu'à moitié trouvée, c'est l'alimentation artificielle.

D'immenses progrès ont été faits depuis quelques années et commencent à être connus des masses, grâce aux innombrables moyens de propagande, dont on dispose aujourd'hui.

Malheureusement, ils sont conseillés et adoptés avec trop peu de réflexion et un empressement quasi aveugle.

Les résultats seraient déjà fort beaux, si on n'appliquait pas ces nouveaux moyens avec tant de précipitation et les expériences seraient plus démonstratives, si on les faisait avec plus de méthode.

Il en est de l'alimentation des nouveau-nés comme de l'antisepsie. Une personne qui n'a pas la notion première de la méthode antiseptique, applique, sur une plaie sale, des pansements beaucoup plus chers et beaucoup plus compliqués qu'autrefois, et quels résultats obtient-elle ?

Aucun, évidemment ; de sorte qu'au bout d'un certain temps, cette personne se dit que les pansements antiseptiques n'ont guère d'avantages et beaucoup d'inconvénients.

De même, une personne, qui alimente un enfant artificiellement, et qui, pour guérir soit la dyspepsie, soit la diarrhée de cet enfant, lui donne sans réflexion un nouveau biberon sans tube bien garni de lait stérilisé, n'aboutit qu'à une chose : payer le lait plus cher et se donner une peine infinie pour tenir le biberon à chaque tétée. Quant à la guérison de l'enfant, elle n'est presque jamais obtenue et au bout de peu de temps, toutes ces nouveautés sont abandonnées et considérées comme sans valeur. Cependant, nous proclamons hautement : 1° que le biberon sans tube est le meilleur récipient pour l'alimentation artificielle ; 2° que le lait stérilisé est le meilleur et le plus sûr aliment de l'enfant du premier âge. Le point capital à retenir et à faire pénétrer dans l'esprit du public, ce n'est pas l'étiquette de telle ou telle bouteille de lait, ni le nom ou la forme de tel ou tel biberon, c'est la théorie, c'est l'explication de la valeur de ces nouveaux moyens d'alimentation. Les médecins ont le devoir de faire l'éducation de la foule dans ce sens. Si non, ils perdront en partie le bénéfice hygiénique de ces belles découvertes, car le monde ne tardera pas à se dire que tous ces nouveaux biberons et tous ces laits stérilisés ne sont que des affaires de réclame, des entreprises industrielles destinées seulement à enrichir quelques gros négociants laitiers ou pharmaciens.

I

LES BIBERONS.

Personne ne conteste que l'alimentation au verre ou à la cuiller est bien défectueuse pour les tout petits enfants de 1 jour à 2 mois. La quantité trop considérable de lait dégluti empêche sa facile digestion ; un caillot se forme dans l'estomac et le suc gastrique, trop faible à cet âge, ne peut en venir à bout. C'est donc le biberon, qui se rapproche le plus par sa disposition du sein maternel.

Mais le biberon doit réaliser certaines conditions primordiales : 1° être en verre transparent, afin de permettre une inspection rapide de son contenu et de sa propreté ; 2° être d'un nettoyage facile et par conséquent ne présenter aucune saillie, ni dépression intérieure, qui retienne des particules de lait fermenté ; un large goulot est nécessaire pour le même motif ; 3° Enfin être muni du minimum possible d'accessoires, bouchons, tubes, soupapes, caoutchouc. Tout cela contribue à favoriser la fermentation du lait dans le flacon.

Or, l'exposé de ces trois conditions suffit pour condamner d'emblée tous les biberons à tube. Pour qu'un biberon à tube soit inoffensif il faudrait changer de biberon tous les jours, ce serait peut-être un peu coûteux.

Il vaut mieux supprimer le biberon à tube et chercher par tous les moyens possibles de persuasion et de patience à le détruire partout où on le rencontre, ce qui est malheureusement encore bien fréquent à Paris, comme dans les campagnes.

Le biberon tout en verre, c'est-à-dire une simple bouteille ronde à large goulot, coiffée d'une tétine en caoutchouc rouge, est le plus simple et le meilleur des biberons. Le seul inconvénient qu'ait cet appareil est la plus ou moins grande perméabilité des orifices du caoutchouc. S'ils sont trop grands, le nouveau-né tète trop vite, et on retombe dans l'inconvénient de l'alimentation au verre ou à la cuiller. S'ils sont trop petits, l'enfant se fatigue inutilement et ne peut sucer après de longs efforts qu'une minime quantité de lait, l'air ne pénétrant pas suffisamment dans la bouteille. Néanmoins, on arrive, après quelques tâtonnements, à donner à l'orifice la largeur suffisante, surtout en lui imprimant la forme d'une plaie de sangsue, triangulaire. D'ailleurs, on perce généralement deux ou trois orifices de cette forme dans le capuchon de caoutchouc et on réalise ainsi une disposition assez semblable à celle du sein maternel.

Le biberon est tenu à la main, le goulot légèrement oblique en bas, au-dessus de la bouche du nouveau-né, et la tétée doit ainsi durer environ vingt minutes. Quand elle est terminée, le biberon est débouché simplement en tirant sur le capuchon de caoutchouc ; on le lave avec soin à l'eau chaude alcaline, on le rince dans une dizaine d'eaux bien propres ; le capuchon de caout-

chouc est retourné à l'envers comme un doigt de gant, savonné avec une petite brosse et de l'eau chaude, puis rincé et essuyé. Dans deux heures, on remplit à nouveau le biberon, on replace le capuchon de caoutchouc et on donne une nouvelle tétée de 20 minutes, et ainsi de suite.

Les yeux, et surtout le nez, sont les meilleurs guides pour s'assurer que le biberon est parfait. AUCUNE ODEUR ne doit se dégager du biberon vide et *aucune parcelle de lait* ne doit adhérer aux parois, ni aux lèvres des orifices du capuchon de caoutchouc. De plus, on doit toujours vider entièrement le biberon, chaque fois que l'enfant a fini de téter. Le séjour dans le flacon est toujours funeste.

Voilà les préceptes qu'il faut inculquer aux mères et aux nourrices ; cela importe cent fois plus que le nom du fabricant de biberon. Hélas! c'est cependant ce que ces femmes ignorent le plus. Jamais elles ne pensent seulement à sentir, à flairer le liquide, dont elles vont abreuver leur malheureux nourrisson. Et faute de ces précautions bien simples que nous venons d'énumérer, elles font absorber aux pauvres bébés des liquides infects, sentant à la fois le lait aigre, le caoutchouc, l'acide sulfhydrique et bien d'autres odeurs de putréfaction que n'exhalent pas les eaux de bien des égouts. Jamais, nous n'avons senti pareilles odeurs à celles que dégagent la plupart des biberons, sauf dans les anciens services de chirurgie où régnaient la suppuration et la gangrène.

Comment les malheureux enfants peuvent-ils prospérer et bien vivre avec une pareille nourriture ? Ce qui nous étonne le plus, c'est leur résistance souvent fort longue à cette intoxication continuelle. Voilà ce qui fait médire du biberon. C'est sa mauvaise application et son emploi si mal compris. Tout enfant peut être alimenté au biberon ; mais il faut bien se pénétrer d'une chose, c'est que ce genre d'alimentation est beaucoup plus pénible et minutieux que l'alimentation au sein. Or, c'est trop souvent dans le but de se donner moins de mal que bien des mères ou des nourrices emploient le biberon : on verse une bonne quantité de lait dans un biberon à tube ; on place le biberon dans le berceau, sous un oreiller, on met l'extrémité du tube dans la bouche de l'enfant et on s'en va tranquillement pendant 3 ou 4 heures, laissant le malheureux bébé sucer son caoutchouc, baver dans le tube et s'endormir tranquillement pendant que le lait sûrit et rancit sous l'influence de la tiédeur de l'oreiller et de l'odeur nauséabonde des langes remplis de sueur et d'urine. Voilà le tableau de l'alimentation artificielle au biberon que nous connaissons tous. Elle aboutit à une mortalité de 50 à 60 %. Au lieu de cela, qu'on se conforme aux précautions que nous avons indiquées, l'élevage sera certes fort minutieux, mais les enfants ne suceront que des biberons propres et sans danger.

Il reste à résoudre la question du contenu du biberon. — Quel lait faut-il y mettre ?

II

LE LAIT STÉRILISÉ.

La grande mode est aujourd'hui au lait stérilisé et les intelligents industriels, qui ont su, dès le début, accaparer cette fabrication, réalisent déjà de magnifiques bénéfices. Qu'est-ce donc que le lait stérilisé ? C'est du lait bactériologiquement pur, c'est-à-dire privé de tout microbe nuisible, sans avoir subi la moindre altération chimique.

Les chimistes ont reconnu en effet que le lait bouilli perdait, outre ses qualités physiques, un certain nombre de ses qualités chimiques et que l'ébullition provoquait la formation d'une caséine insoluble, très difficile à digérer par le suc gastrique des nouveau-nés. D'autre part, l'ébullition rapide ne porte le lait qu'à la température de 90° centigrades et la plupart des microbes nuisibles, surtout celui de la tuberculose et les ferments lacto-butyriques, résistent à cette température. Le lait bouilli est donc désormais banni de l'alimentation infantile, après avoir eu de nombreuses fluctuations de vogue et de discrédit. Il est indigeste et contient des microbes pathogènes.

Au contraire, le lait porté au bain-marie et sous pression à une température de 110° centigrades, ne subit aucune transformation, aucune altération physique, ni chimique, et il est stérilisé entièrement au point de vue microbien.

Le principe fondamental est donc que le lait soit porté sous pression à une température de 106 à 110 degrés centigrades, sans bouillir, pendant un temps suffisamment long, environ 45 minutes et recouvert ensuite d'un bouchon parfaitement stérile et imperméable à l'air.

Ainsi traité, le lait se conserve plusieurs mois, sans subir la moindre altération ; cela est plus que suffisant pour le cas qui nous occupe, puisque nous tenons seulement à avoir du lait convenable pour 24 heures, la provision étant facile à renouveler. Comme nous le disions en commençant, d'intelligents industriels se sont mis à l'exploiter en grand, vendant du lait en bouteilles cachetées. Les multiples procédés que nécessite la stérilisation du lait forcent ceux qui le vendent à faire payer le lait plus cher et le fait est que si le lait stérilisé était payé le même prix que le lait non stérilisé, ce serait au détriment d'une bonne préparation de stérilisation.

D'autre part, il en est du lait stérilisé comme des pansements antiseptiques ; une préparation industrielle en grand ne peut donner toutes les garanties de précision que l'on obtient facilement en préparant soi-même la stérilisation. On ne peut être strictement sûr que de ce que l'on a fait soi-même. Or ce n'est pas parce qu'un lait porte l'étiquette de tel ou tel industriel qu'il va nourrir, sans accidents, un enfant quel qu'il soit ; non, c'est parce qu'il est stérilisé ; il sera même d'autant meilleur qu'il aura été mieux stérilisé. Il faut, avant de conseiller l'usage du lait stérilisé, bien pénétrer les mères et les nourrices que le point capital de l'alimentation infantile, c'est la propreté, l'asepsie absolue jointe à la régularité. Or, c'est parce qu'on ignore ces vérités qu'on conseille de faire usage de tel ou tel lait condensé, humanisé, pasteurisé, stérilisé et qu'on laisse les parents couper le lait avec de la mauve ou de l'eau panée. Que dis-je ! j'ai vu des médecins, qui comprenaient si peu le principe de la stérilisation du lait, qu'ils conseillaient eux-mêmes de couper ce lait avec des décoctions d'orge ou d'eau panée et de verser le tout dans un biberon à tube. Cela ressemble au chirurgien qui, après avoir flambé ses instruments et les avoir trem-

pés dans une solution antiseptique, les essuie entre les plis d'un tablier ou les tient dans sa bouche. A quoi bon alors dépenser plus d'argent pour acheter du lait stérilisé, puisque vous vous empressez de le réinfecter avec vos bouillons de culture (eau pannée ou autre)? Cela est l'envers du bon sens.

Donc, commençons par persuader à nos nourrices que le lait est mauvais pour l'enfant, parce qu'il contient des poisons et des germes et, initions-les aux moyens bien simples de stériliser leur lait elles-mêmes. Il y a une foule d'avantages à obtenir la stérilisation individuelle du lait. Le premier, c'est que l'expérience frappera bien mieux la nourrice. Si la stérilisation suffit pour transformer le même lait, qui auparavant était nuisible; la nourrice comprendra, en partie au moins, l'efficacité de la méthode et ne l'abandonnera plus, tandis que, si vous lui faites acheter un lait plus cher portant telle ou telle marque, elle le considérera comme une sorte de médicament et s'empressera de l'abandonner dès que l'enfant ira mieux.

Le second avantage, c'est que le lait pourra être divisé exactement en portions représentant autant de tétées, autant de repas de l'enfant, avant d'être stérilisé; par conséquent, on ne donnera chaque fois qu'une quantité connue et on ne mélangera pas deux portions différentes d'une même bouteille achetée toute préparée. Consommé au fur et à mesure du débouchage, le lait ne pourra pas s'altérer, comme cela arrive fatalement avec une bouteille d'un demi-litre provenant d'un fabricant.

Il y a un 3e avantage, c'est la possibilité pour la mère ou la nourrice de graduer elle-même son coupage d'eau et de stériliser ensuite ce coupage tout préparé. Le lait stérilisé ne peut être donné pur au bébé nouveau-né; il est, comme on dit vulgairement, trop fort et trop constipant, et, pour notre part, nous pouvons l'affirmer en connaissance de cause, il est très mal supporté par les tout petits nourrissons. Il faut absolument le couper d'eau ordinaire légèrement sucrée; on prépare ainsi un mélange de 60, 80, 100 grammes de lait coupé et on stérilise ce mélange. On obtient ainsi un aliment parfait théoriquement et pratiquement, au lieu que le lait stérilisé du commerce, outre qu'il a d'épais grumeaux, se trouve encore plus altéré par l'addition d'eau faite après coup.

En résumé, si le lait stérilisé du commerce peut être d'une très grande utilité pour les gens à leur aise, pour le transport du lait dans les colonies ou au moment d'une expédition militaire, nous le regardons comme d'égale valeur, peut-être même de valeur inférieure au bon lait pur, non bouilli, pour l'alimentation des nouveau-nés. Nous proclamons hautement que tout nouveau-né peut être élevé au biberon avec succès en employant un bon biberon bien propre et du lait de n'importe quelle provenance, stérilisé par la nourrice elle-même, suivant la méthode que nous avons exposée. Encore une fois, l'important ce n'est pas de mettre, dans le biberon, un lait plus ou moins stérilisé, c'est de faire boire à l'enfant un liquide parfaitement stérile, par conséquent, dans un biberon aseptique et coupé avec une eau stérile.

Nous terminerons en donnant la description du procédé économique de stérilisation du lait chez soi.

L'appareil se compose d'un simple bac en fer-blanc, dans lequel se place un porte-bouteilles, qui, suivant les modèles, peut contenir cinq, huit ou dix flacons.

Pour s'en servir, on prendra du lait aussi frais que possible, et, quand cela est indiqué, on le coupera avec de l'eau avant de l'avoir chauffé. On préparera la consommation journalière de l'enfant en versant ce lait dans les flacons qui ont préalablement été lavés à l'eau bouillante. Ne pas remplir complètement les flacons. Faire bouillir des rondelles de caoutchouc et les placer sur les goulots des flacons, les couvrir ensuite avec une douille en métal et mettre les flacons, ainsi préparés, dans le porte-bouteilles; placer enfin le porte-bouteilles dans le bac en fer-blanc, en remplissant ce dernier d'eau froide salée à 40 %, de façon que l'eau atteigne le même niveau que le lait; et poser le couvercle. Le bac étant alors placé sur un foyer quelconque, après 45 minutes d'ébullition, pendant lesquelles la vapeur sort continuellement des bords du couvercle, lever ce dernier et attendre que la vapeur soit complètement dissipée, enlever alors le porte-flacons et les flacons du bac. Il suffit alors d'attendre que le refroidissement du lait se soit opéré pour retirer les douilles métalliques. Les rondelles cédant à la pression atmosphérique seront alors embouties et présenteront un bouchage d'autant plus hermétique que la stérilisation aura été soigneusement faite. Pour donner à boire à l'enfant, faire réchauffer le lait au bain-marie, retirer la rondelle et coiffer le goulot avec une tétine préalablement passée dans l'eau bouillante. Les flacons qui seront restés bouchés, même plusieurs jours, peuvent être utilisés. Ne jamais employer le lait d'une bouteille débouchée ou imparfaitement bouchée.

On comprend facilement la simplicité et en même temps la sûreté de ce procédé. Point n'est besoin d'acheter un appareil spécial; on peut placer des bouteilles au bain-marie dans une marmite; il suffit de se procurer des rondelles de caoutchouc pour le bouchage.

CONCLUSIONS.

Nous voudrions, comme conclusions, que l'on s'attachât avec plus de persévérance à faire l'éducation des nourrices avant de condamner l'alimentation artificielle. Certes, il n'est pas contestable qu'elle ne vaut pas l'alimentation naturelle par le sein; mais, à condition d'employer des biberons aseptiques, sans tubes, ni soupapes et de stériliser le lait ou le mélange de lait et d'eau qu'on doit donner à l'enfant, on obtiendra, avec cette alimentation, des succès fort nombreux, au lieu de ces épouvantables désastres que provoquent encore les biberons mal entretenus avec les décoctions nauséabondes qu'on y introduit pour les nouveau-nés.

Qu'on supprime par un règlement de police la vente des biberons à tube; c'est une nécessité d'hygiène.

Qu'on fasse des cours de propreté et d'asepsie aux nourrices et aux mères, en exigeant leur assistance à ces cours.

Qu'on indemnise enfin suffisamment ces nourrices ou ces mères, afin qu'elles ne puissent pas dire qu'elles n'ont pas le temps de nettoyer et

de stériliser les biberons et le lait, à cause de la nécessité où elles se trouvent de travailler pour vivre.

Telles sont les conclusions que nous tirons de cette rapide étude de l'alimentation artificielle au biberon.

Dr Paul HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'angine pseudo-membraneuse amicrobienne consécutive à la diphtérie prolongée, par irritation chimique ou mécanique.

Partisan convaincu de la nécessité de l'antisepsie locale énergique et précoce dans le traitement de la diphtérie, j'ai contribué de tous mes efforts, par diverses publications, à faire triompher les méthodes de traitement, qui reposent sur ce principe. Aussi ne serai-je point suspect de scepticisme à leur égard, si je signale aujourd'hui certaines réserves qu'il convient d'observer dans l'emploi de ces méthodes.

Toutes les substances chimiques antiseptiques sont douées de propriétés irritantes ; on ne peut pas dire, cependant, qu'elles sont d'autant plus irritantes qu'elles sont plus antiseptiques ; et une des conquêtes les plus utiles, qui aient été réalisées dans ces dernières années dans l'étude de l'antisepsie locale, c'est la démonstration des variations que peut subir la causticité d'une substance antiseptique, suivant le véhicule dans lequel on la dissout. Ainsi le phénol, dissous dans le sulforicinate de soude se trouve être aussi antiseptique que lorsqu'on le dissout dans l'alcool ou dans l'eau, et il a perdu ses propriétés caustiques (Berlioz et Ruault). Le naphtol camphré est aussi antiseptique que le naphtol dissous dans l'alcool et il est moins douloureux, moins irritant ; aussi efficace contre les microbes, il offense moins les cellules de l'organisme, il ne nécrose pas leur protoplasma, il ne détermine pas autant d'irritation sur les expansions terminales des nerfs sensitifs.

Mais, quoiqu'il y ait entre les divers antiseptiques de grandes différences au point de vue de leur action irritante sur nos tissus, tous en ont une, et la réitération trop fréquente, trop durable de leur contact avec ces tissus provoque, de la part de ceux-ci, une réaction inflammatoire, qui se traduit par l'exsudation fibrineuse, la prolifération, la dégénérescence et la chute des épithéliums. Ce travail réactionnel de la muqueuse au contact des antiseptiques aboutit à la formation de pseudo-membranes, microscopiquement et histologiquement semblables à celles que provoquent certains microbes (bacilles de Loffler, streptocoques, pneumocoques), avec cette différence que ni le microscope, ni la culture n'y révèlent la présence de microbes.

Cette particularité, connue sans doute des médecins qui ont soigné beaucoup de diphtéries, n'a pas été assez vulgarisée, à ce qu'il me semble. Elle obscurcit quelque peu l'exacte appréciation de ce qu'on appelle les cas de diphtérie prolongée.

Il est possible que certaines infections, mono ou polymicrobiennes soient assez tenaces pour continuer à végéter à la surface de la muqueuse et à y provoquer la réaction pseudo-membraneuse, alors que leurs toxines ne sont plus capables de produire dans l'organisme les accidents d'intoxication générale, et c'est à de tels cas, qu'est applicable la dénomination de diphtérie prolongée. Mais je pense que l'on a dû souvent confondre, avant l'époque des recherches microbiologiques, ces cas avec d'autres, où l'état couenneux est la conséquence d'une irritation mécanique ou chimique trop prolongée.

Le fait suivant que je viens d'observer me paraît justifier cette affirmation.

Le 29 novembre dernier, j'étais consulté par M. le Dr Cancalon (de Charenton) pour une dame qui avait été atteinte d'une angine diphtérique le 1er du même mois. Le diagnostic semble n'avoir pas été contestable : le mode de formation des fausses membranes d'abord pelliculaires, puis, peu à peu plus épaisses, leur début par les amygdales, leur extension à toutes les parties du pharynx, au voile du palais, l'adénopathie, les phénomènes généraux ont concordé à l'établir. Le confrère fort instruit, dont je parle, est un partisan résolu de l'emploi du chlorate de potasse dans l'angine diphtérique, et on pouvait lire dans la *Semaine médicale* de cette année même un article signé par lui, où se trouve exposée la méthode qu'il préconise. Il institua donc dans ce cas ce traitement dont il a toujours eu à se louer, et la malade prit chaque jour 10 à 12 gr. de sel de Berthollet par doses fractionnées et régulièrement espacées. Cependant M. Cancalon, constatant que la maladie prenait un caractère de gravité évidente, et gagné d'ailleurs à l'utilité des méthodes antiseptiques, fit pratiquer simultanément de nombreuses irrigations antiseptiques et fit lui-même des attouchements multipliés avec les divers topiques préconisés dans ces dernières années et dont je lui avais souvent affirmé les bons effets ; il employa successivement le phénol sulfo-riciné de MM. Berlioz et Ruault, le naphtol camphré, la solution alcoolique de bichlorure à 1 p. 100, le perchlorure de fer, enlevant chaque fois soigneusement les fausses membranes et fort inquiet de les voir repulluler plus ou moins rapidement. La veille du jour où je vis sa cliente, il avait encore fait avec le perchlorure un badigeonnage de la paroi postérieure du pharynx qui, après avoir été momentanément nettoyée, s'était recouverte d'une nouvelle fausse membrane.

Je trouvai une dame d'une quarantaine d'années, un peu pâle, assise dans une assez petite pièce chauffée à une température d'environ 22° et saturée de vapeur phéniquée, par application de la méthode de Renou (de Saumur). Il y avait encore une légère adénopathie rétromaxillaire, mais bien diminuée. Les amygdales, les piliers étaient d'un rouge vif, ainsi que la muqueuse buccale et palatine, mais sur la paroi pharyngienne s'étalait une vaste fausse membrane d'un blanc grisâtre paraissant assez épaisse, se modelant exactement sur les saillies et les anfractuosités de la muqueuse sous-jacente, très boursouflée, très veloutée ; cette dame fort arthritique était atteinte, depuis de nombreuses années, d'une pharyngite chronique, l'apparence était bien celle de la fausse membrane diphtérique ; je pris une pince, et, avec beaucoup de précautions, j'arrivai à détacher celle-ci d'un seul tenant : elle mesurait environ 5 centim. sur 4 ; agitée dans l'eau, elle se présentait avec la cohésion, l'élasticité, la couleur et l'épaisseur d'une couenne diphtérique. La surface

pharyngienne dénudée était villeuse et légèrement saignante. Malgré l'apparence, je fis part à mon confrère de la pensée que j'avais au sujet de la nature simplement inflammatoire de cette couenne, vu la date déjà ancienne du début et la rigueur avec laquelle l'antisepsie avait été conduite. Je conseillai à mon confrère de faire seulement gargariser sa malade avec une solution alcaline au bicarbonate de soude faiblement boratée, de ne plus pratiquer aucun attouchement jusqu'à ce que je lui eusse fait connaître le résultat de la culture. Par les soins des internes de l'hôpital Trousseau la fausse membrane fut ensemencée sur sérum approprié et mise à l'étuve. Aucune colonie ne se développa. Aucun exsudat n'apparut plus d'ailleurs sur la muqueuse attentivement surveillée, la malade était guérie de la diphtérie ; elle conserve sa pharyngite chronique, qui devra être soignée pour ne plus offrir un terrain aussi propice à la germination des bacilles diphtériques.

J'ai vu plusieurs faits semblables dans nos hôpitaux d'enfants comme en ville ; pour en citer un, le Dr Julien Weill me consulta l'an dernier pour un petit neveu qui avait une diphtérie prolongée. J'émis l'hypothèse d'une irritation locale entretenue par des antiseptiques trop forts.

A la formule de Gaucher fut substitué un mélange moins riche en acide phénique, dépourvu d'alcool et moins fréquemment appliqué, l'amélioration fut immédiate. Ma conclusion sera celle-ci.

Tout en cherchant à réaliser l'antisepsie locale, il faut s'attacher à la rendre aussi peu irritante que possible ; employer de préférence les antiseptiques qui peuvent être dissous dans des véhicules peu irritants, éviter par conséquent l'alcool, préférer le sulfo-ricinate de soude, l'huile ou la glycérine ; tout en détachant de la muqueuse les fausses membranes, le faire assez doucement pour ne pas excorier les parties saines, afin de ne pas ouvrir la porte aux inoculations de voisinage ; faire des irrigations aussi fréquentes que possible dans l'intervalle des attouchements avec des solutions antiseptiques faibles ; espacer les attouchements aussitôt que l'amélioration est manifeste. Enfin, lorsqu'au bout de quinze à vingt jours d'antisepsie locale dans le traitement de la diphtérie, les phénomènes généraux étant nuls, les exsudats pseudo-membraneux, n'ayant plus aucune tendance extensive, continuent à se reproduire au niveau des points soumis aux attouchements antiseptiques, il faut soupçonner que ceux-ci entretiennent le processus exsudatif. On les suspendra ou on emploiera des antiseptiques plus faibles, pendant qu'on fera la recherche de la virulence des exsudats par la culture et l'examen micrographique. Si cette recherche est négative, la guérison doit être tenue pour acquise et on se contentera d'irrigations simples ou légèrement alcalines, tout en surveillant, bien entendu, la gorge du patient.

P. Le Gendre (1).

(1) *Revue d'obstétrique et de pœdiatrie.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les modifications à apporter à la loi Roussel.

Ainsi que nous l'avions annoncé, la Société de médecine publique et d'hygiène s'est réunie le 13 juin. Mais M. le Sénateur Roussel n'a pu assister à la séance, dont la date avait été avancée pour sa convenance. Cette absence a été fort regrettée, car la discussion a avorté. Elle s'est bornée à des généralités et on n'a pas abordé les perfectionnements dont la loi de 1874 était susceptible.

M. Henri Monod, en quelques paroles, a précisé l'essentiel, en disant que ce qui importait, par-dessus tout, c'était que la loi devînt *obligatoire*, que les départements fussent contraints de voter les fonds nécessaires à l'application de la loi de protection.

M. Lédé a fait l'historique de la loi et a apporté des chiffres statistiques fort intéressants. Il a fait remarquer que 59 départements seulement votaient des fonds, souvent insuffisants et d'ailleurs fort variables, puisque les uns votent 3 fr. par enfant, les autres, 10 fr. La mortalité qui varie de 36 à 7 % est en rapport avec les allocations.

Il a fait remarquer que les parents de la fille-mère, étant salariés par celle-ci, sont soumis à l'inspection pour le nourrisson de leur fille.

M. Lédé considère l'article 8, qui veut que l'enfant de la nourrice ait été allaité par la mère pendant sept mois révolus, avant que celle-ci soit admise à prendre un nourrisson, comme excessif et inapplicable. Il est inappliqué.

M. Lédé, de diverses statistiques, conclut que plus l'enfant est éloigné de la famille, plus il meurt ; il meurt plus que les autochtones. Les enfants placés chez les parents meurent peu ; donc, on peut, sans leur nuire, consentir à ce que la fille-mère se sépare de son enfant avant les sept mois exigés par la loi, parce qu'alors la mère trouve, dans son métier de nourrice, des ressources suffisantes pour payer l'élevage de son enfant chez ses parents.

Le ministère de l'intérieur, la préfecture de police, tiennent à l'application de l'article 8. M. Henri Monod constate qu'il n'est pas appliqué par les agents du service de la protection, les maires et les médecins inspecteurs.

Sur la production d'un certificat administratif produit par M. le Dr Bailly, de Chambly, on constate que les prescriptions de l'article 8 n'y sont pas rappelées ; ce qui explique, contrairement à l'avis de M. Renard, que les médecins inspecteurs ont été, sans motif, accusés de délivrer des certificats irréguliers.

M. Pinard, qui ignorait que la loi de protection n'est pas obligatoire, puisque le vote des fonds ne l'est pas, s'élève contre la violation des prescriptions de l'article 8. Il les considère irréductibles, indispensables. Il néglige les observations que le Dr Toussaint et nombre d'autres praticiens lui ont soumises ; il veut sept mois d'allaitement par la mère ; ne consent pas à diminuer cette durée ; voudrait plutôt la prolonger.

En un mot, sans entrer dans aucune considération de pratique, il demande à la Société de médecine publique d'émettre le vœu que l'article 8 soit appliquée avec la plus grande rigueur.

Nous estimons que cette intransigeance, qui part des sentiments partagés par toute l'assistance, est absolument théorique. La majorité des membres présents est, d'un autre côté, d'avis que les résultats d'une longue expérience de 20 années, démontrent surabondamment qu'en

ce monde, pour faire le bien, mieux vaut se contenter du bien possible. En conséquence, aucun vote n'est émis et la question est renvoyée à une autre séance.

Nous avions demandé, à M. le Dr *Sutils*, de La Chapelle-La-Reine, qui a obtenu depuis 20 ans, dans sa circonscription, des résultats admirables, sauvé bien des existences, épuisé toutes les récompenses officielles, à l'exception de celle qui couronnerait sa carrière et qui lui est si justement due, de nous tracer les lignes essentielles des modifications à apporter à la loi Roussel.

Comme la séance a été remplie par la lecture du travail de M. le Dr Lédé et par la discussion ci-dessus, nous n'avons pu donner lecture du travail de M. Sutils. Nous le soumettons à nos lecteurs, nous réservant d'en lire les conclusions à la Société de médecine publique, dans sa prochaine séance.

La Chapelle-la-Reine, le 10 juin 1893.

Monsieur le Docteur Cézilly,

Vous me demandez, en ma qualité de médecin inspecteur des plus anciens, à la tête d'une des plus grandes circonscriptions de France, et ayant épuisé successivement la série des récompenses du Ministère de l'Intérieur et de l'Académie de médecine, mon avis sur les desiderata de la loi Roussel.

J'aurais volontiers soutenu cette thèse au sein de la société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, si j'avais fait partie de cette société ; mais, à mon grand regret, je n'en suis pas membre. Je viens donc, aussi succinctement que possible, vous donner mes humbles avis.

Je réponds d'abord aux questions soulevées dans la dernière séance :

Toute femme qui veut se placer comme nourrice doit être accouchée depuis sept mois, ou doit assurer la nourriture au sein à son enfant, si elle est accouchée depuis moins longtemps.

Cet article est et restera toujours inappliqué. Les parents veulent des nourrices ayant de jeunes enfants, et celles qui attendront les sept mois ne seront plus placées. Les médecins-inspecteurs ne délivrent pas pour cela de faux certificats, car ils indiquent l'âge de l'enfant de la nourrice ; quant aux maires, il n'y a pas lieu de les attaquer ; ils sont la cinquième roue du carrosse et délivrent des certificats à qui en désire. Ceci est une affaire d'élection municipale et on ne devra jamais compter sur eux pour l'observation stricte des règlements. Le médecin-inspecteur est tout, et doit rester la cheville ouvrière de la loi Roussel.

M. le Dr Toussaint qui, comme moi, connaît à fond la vraie pratique de l'élevage et non la théorie, est absolument dans le vrai lorsqu'il dit que le médecin-inspecteur déclare que la nourrice remplit toutes les conditions désirables pour élever un nourrisson, qu'elle n'a ni infirmité, ni maladie contagieuse et qu'elle est bonne nourrice.

Ces conditions doivent suffire, sans exiger les sept mois, car, en général, les enfants des filles mères sont confiés aux grands-parents, lesquels tombent sous le coup de la loi, aussi bien que toute autre nourrice, dans le département de Seine-et-Marne tout au moins.

Mon confrère Lédé est donc dans l'erreur en croyant que ces enfants échappent à la surveillance. Ma circonscription en compte de nombreux exemples et la mortalité n'est pas plus nombreuse dans cette catégorie que dans les autres.

D'ailleurs les grands-parents reçoivent encore leurs petits enfants d'une autre source. Nombre de jeunes gens de nos pays sont installés à Paris et leurs enfants sont très fréquemment envoyés en nourrice chez les grands-parents, au biberon, les uns après les autres. Tout ce petit monde est surveillé sans la moindre protestation, puisqu'il y a *salaire*.

M. le Dr Poitou-Duplessis demande la surveillance de l'enfant de la nourrice. C'est chose faite chez nous, ainsi que je viens de le dire.

RÉPONSE AUX QUESTIONS DE LA SÉANCE DU 13 JUIN

1° *Suppression ou au moins limitation rigoureuse de l'industrie nourricière.*

Cette limitation est entre les mains des médecins-inspecteurs. C'est à eux qu'il appartient de juger les femmes capables d'élever des enfants et de leur refuser des certificats, si elles sont indignes. C'est eux qui ne doivent pas tolérer dans leur circonscription l'élevage meurtrier des nourrices sèches, dont l'unique métier est d'avoir constamment, et à bas prix, deux, trois ou quatre nourrissons. C'est là que l'on trouve une mortalité désastreuse. C'est cette racine qu'il faut couper.

Donnez aux médecins-inspecteurs, seuls, le droit de délivrer des certificats aux nourrices de leur circonscription et avec un peu d'énergie, en dix-huit mois, tout sera réglé.

2° *Si les médecins peuvent faire comprendre aux familles que mieux vaut pour leurs enfants l'élevage dans la famille, au biberon surveillé, avec le lait pasteurisé et qu'il faut laisser le lait de leurs mères aux enfants pauvres.*

La plupart des Parisiens, qui mettent leurs enfants en nourrice à la campagne, le font parce que les occupations multiples du mari d'une part et de la femme de l'autre, ne leur permettent pas de donner à un enfant les soins nécessaires, soit au sein, soit au biberon. Pour garder leur enfant il faudrait que la femme, dans ces familles, n'ait à s'occuper que de son intérieur, tandis qu'elle est occupée elle-même, comme employée, et devrait sacrifier une bonne part des ressources du ménage.

Beaucoup de mes nourrissons appartiennent à des domestiques : le mari cocher, la femme cuisinière, femme de chambre, etc.. Comment pourraient faire ces gens-là et quel est le patron qui supporterait cette marmaille ?

Il ne reste donc que les personnes auxquelles leur état de fortune permet d'avoir une nourrice sur lieux. Dans ces maisons on veut une nourrice au sein, le médecin de la famille conseille une nourrice au sein, et, si j'étais consulté, je dirais qu'une nourrice au sein convenable, sans être supérieure, est de beaucoup préférable, au lait de vache, aussi pasteurisé qu'il puisse être.

D'un autre côté, si la fille pauvre vient donner son lait à l'enfant riche, elle envoie le bien-être dans sa famille et donne à ses parents le moyen d'élever son enfant et de se procurer bien des douceurs qui leur seraient restées inconnues.

3° *Si enfin, M. Roussel parvient à rendre obligatoires les dépenses qu'entraîne la mise à exécution de la loi de protection, avec les modifications dictées par l'expérience.*

Oui, M. Roussel voudrait bien rendre obligatoires les dépenses en question ; il y a longtemps qu'il déplore l'incurie de certains départements à ce sujet et la parcimonie de beaucoup d'autres.

M. Roussel sait très bien que là où la loi est appliquée, la mortalité diminue ; il sait aussi que rien ne stimule le zèle des médecins inspecteurs comme des émoluments raisonnables ; mais M. Roussel n'est pas le maître absolu des finances départementales et je le déplore pour le succès de l'application de sa loi.

Quant aux modifications dictées par l'expérience, ce serait l'affaire d'une commission composée des gens du métier et non de députés remplis de bonne volonté, certainement, mais peu au courant des questions d'hygiène infantile.

Personnellement je demanderais bien des choses que d'autres ont déjà demandé comme moi :

Défense absolue d'user du biberon à tube de caoutchouc.

Il suffit, pour obtenir cela, d'un peu d'énergie de la part du médecin-inspecteur. Le moyen le plus pratique consiste à couper délicatement le tube, avec ses

ciseaux de trousse, à la 2e visite faite à une nourrice qui a été prévenue la 1re fois. Ce moyen est excellent, car il touche la bourse et évite les discussions.

Certificat délivré par le médecin-inspecteur.

Il y a unanimité à ce sujet.

Vaccination obligatoire et gratuite des enfants des nourrices.

Organisation départementale à créer.

Création d'un office de renseignements pour le recrutement des nourrices.

M. le Dr Toussaint donne toutes les explications désirables au sujet de la création de cet office qui serait pour les parents, pour les nourrices et pour les médecins de l'utilité la plus incontestable.

Garantie du salaire des nourrices.

Les bonnes nourrices impayées, sont découragées et refusent d'affronter de nouveau les bureaux. Ce sont les moins bonnes qui sont les plus acharnées à la course des nourrissons, et je pourrais citer à ce sujet de bien tristes histoires. Garantissez les salaires et vous verrez les bonnes nourrices se présenter en foule.

Garantie des honoraires médicaux et pharmaceutiques.

Nul n'ignore que la plupart des parents de nourrissons font la sourde oreille, lorsqu'ils reçoivent une note de médecin ou de pharmacien. Le médecin se fatigue de donner ses soins gratuitement et peut rendre la nourrice responsable des frais : mais celle-ci hésite alors à demander le médecin et l'enfant ne reçoit pas les soins dont il aurait besoin. Telle affection intestinale surtout, qui, prise à temps, eût été forcément suivie de guérison, se termine ainsi par la mort, le médecin n'étant appelé qu'au dernier moment.

Je recommande pour cela ma façon d'agir, vis-à-vis des parents, au moyen de bulletins mensuels. Ce moyen n'est pas infaillible ; mais il donne de bons résultats.

Rémunération suffisante des médecins inspecteurs.

Inutile d'insister sur cette corde. Il est évident que l'indemnité dérisoire de beaucoup de départements n'encourage pas les médecins à faire un service actif et ponctuel, et que l'on ne peut reprocher sa négligence à un fonctionnaire que l'on ne paye pas.

Prenez comme type le département de Seine-et-Marne, donnez partout la même indemnité que celle qu'il accorde et vous aurez partout de bons médecins-inspecteurs.

Le jour où vous aurez de bons inspecteurs, vous aurez de bonnes circonscriptions.

Droit pour l'autorité d'exiger le déplacement des nourrissons mal soignés.

On se figure généralement que le médecin-inspecteur se plaignant des mauvais soins d'une nourrice, de la malpropreté de son habitation, etc., que le maire se plaignant en même temps que le médecin, l'enfant doit être de droit retiré à la nourrice.

Erreur, malgré le médecin, malgré le maire, malgré la lettre que la préfecture envoie à la famille, l'enfant reste chez la nourrice, les parents se déclarant satisfaits. Si vous en doutez, je mettrai les points sur les i... Et alors que font le médecin, le maire et le préfet ? ils ont reçu un camouflet, et la nourrice de rire.

Exiger, pour le transport des nouveau-nés, un certificat constatant qu'il sont transportables et non atteints de maladies contagieuses.

Vous me direz que ce certificat est exigé ; mais je répondrai qu'il est trop souvent fait à la légère, et qu'il devrait être délivré par les médecins-inspecteurs de Paris, ou autres désignés à cet effet, et non par des médecins choisis par des bureaux, qui m'ont paru dans certains cas y mettre trop de complaisance.

Des enfants viennent mourir en arrivant, qui n'auraient pas dû être embarqués et, d'ailleurs, un grand nombre de nourrices arrivent sans être munies de certificat.

Exactitude absolue des visites des médecins-inspecteurs.

Il n'y a pas besoin d'insister sur cette question ; pour conserver toute son autorité, le médecin ne doit pas prêter le flanc à ce reproche, ses visites doivent être mensuelles et irrégulières dans leur date ; elles doivent se faire à toute heure et toujours au domicile de la nourrice et non à la mairie, comme cela a été proposé.

L'habitation et sa tenue ont une importance capitale pour l'hygiène du nourrisson. Son berceau doit aussi être visité, son mail lot doit être vérifié.

Dans la visite à la mairie, l'enfant est préparé dans ce but et on ne se rend aucun compte de la propreté habituelle.

Vous avez jugé à propos de publier dans le *Concours médical* le rapport du Dr Durand-Desmons, notre inspecteur départemental, au sujet de ma circonscription. Je vous en remercie et je profite de l'occasion pour appuyer sur une pratique qui m'a donné les résultats les plus beaux, au point de vue de la diminution de la mortalité.

Les chiffres sont des chiffres et remplacent avantageusement toutes les théories. Les miens sont tirés d'année en année des rapports de M. le Dr Durand-Desmons et certifiés exacts par lui. Donc point de doute à ce sujet, la preuve en peut être faite à volonté.

Je les joins à ces quelques observations, ainsi que quelques tableaux graphiques indiquant la mortalité de la circonscription de La Chapelle-la-Reine, soit au sein, soit au biberon, soit totale, *pendant la 1re année*, des enfants. Je ne donne pas les chiffres de la 2e année, ils ont peu d'importance et faussent la statistique au profit des départements, qui ont beaucoup d'enfants âgés de 1 à 2 ans.

Tout le monde sait que la mortalité a lieu pendant les premiers mois et qu'elle est presque nulle pendant la 2e année ; on doit donc les laisser de côté et ne pas les confondre avec les premiers.

J'ai ajouté pendant la même période les chiffres du département de Seine-et-Marne, de façon à établir une comparaison entre la mortalité du département entier et celle de ma circonscription en particulier. Vous pourrez y suivre la marche, à peu près régulièrement décroissante, des décès, qui sont tombés à un niveau tel qu'ils ont, sans doute, atteint leur minimum.

Or, à quoi peut-on attribuer cette diminution énorme ? Je ne crains pas de l'affirmer, c'est aux pesages réguliers. J'ai eu l'occasion dans maintes circonstances et dans mon *guide pratique des pesages*, de dire tout ce que je pensais de cette pratique, et M. Roussel a bien voulu faire précéder cet ouvrage d'une lettre par laquelle il approuvait les efforts que j'ai faits pour tirer des pesages des résultats pratiques. Je n'insiste pas, les curieux ont pu trouver, dans cet opuscule, tous les renseignements que j'avais pu réunir.

Au point de vue de la surveillance des enfants, je crois les pesages réguliers absolument nécessaires tant au point de vue du médecin, pour les indications nombreuses qu'ils peuvent donner, que pour l'inspecteur à qui ils servent de contrôle des bons ou mauvais soins donnés par la nourrice.

M. le Dr Joly, de Neufchatel, a dit que le pèse-bébés était à l'hygiène infantile ce qu'était le thermomètre à la médecine, et je connais un autre confrère qui dit en frappant sur son pèse-bébés : *Voilà mon gendarme.*

Le vrai mot est lâché. La nourice n'a pas peur du médecin ; mais elle craint l'instrument, ce dénonciateur impartial et irréfutable.

Je conclus donc : une bonne circonscription n'est pas possible sans les pesages et surtout sans les pesages réguliers ; car sans eux il n'y a pas de comparaison possible, pas de marche suivie. Dr Sutils.

Proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. le Professeur Cornil a déposé sur le bureau du Sénat son rapport sur la proposition

de loi concernant l'exercice de la pharmacie. Quelques articles montrent surabondamment, que les intérêts médicaux et l'intérêt public ont été sacrifiés absolument aux intérêts des pharmaciens.

On en pourra juger par les citations suivantes :

Art. 10. — Toute entente ou convention par laquelle un médecin retirerait, dans l'exercice de sa profession, un profit sur la vente des médicaments effectuée par un pharmacien est prohibée et nulle.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même au cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent, aujourd'hui, simultanément ces deux professions.

Toutefois, le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et qui résident dans des communes distantes de 6 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer des médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet, que s'ils résident, eux-mêmes, dans une commune éloignée de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie.

Les médecins bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, alors même qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront administrer directement et gratuitement à leurs malades.

. . . .

Art. 14. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin ou d'une personne ayant le droit de la signer, les substances simples toxiques et les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses qui sont nominalement désignés dans le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 28 de la présente loi ou dans des décrets ultérieurs.

La même défense s'applique aux médicaments, simples ou composés, dont la liste sera dressée par la Commission du *Codex*.

Mais les pharmaciens peuvent, sans déroger aux lois sur l'exercice de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les autres substances constituant des médicaments simples ou composés.

Le médicament ainsi délivré devra porter sur l'étiquette le nom et la dose de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments qui sont inscrits dans le *Codex*, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du *Codex*.

Sont interdites la vente, la fabrication et l'annonce des médicaments qui ne portent pas sur l'étiquette le nom et la dose de la ou des substances actives qui en forment la base.

Art. 15. — L'ordonnance d'un médecin ou de toute personne ayant le droit de la signer devra être rédigée de façon à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

(Les trois derniers alinéas conformes à la fin de l'article 13 du texte de la Chambre des députés.)

. . . .

Art. 19. L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

Tout pharmacien qui se sera associé soit avec un médecin, soit avec toute autre personne, contrairement aux dispositions de la présente loi, pour l'exploitation d'une officine, sera puni d'une amende de 100 à 500 fr.

Seront punis de la même peine les pharmaciens et médecins exerçant leur profession qui seront associés pour exploiter un ou plusieurs remèdes et en tirer un gain, ainsi que les médecins qui auront contrevenu à l'article 11.

Si les membres de la Commission sénatoriale voient là une loi de progrès, il faut reconnaître qu'ils connaissent bien peu la question.

On se plaint que les campagnes sont désertées par les médecins, eh bien ! dans quelques années on verra les résultats de la loi !

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat d'Aisne-et-Vesle

14 *mai* 1894.

Présents : MM. Woimant (Soissons), président ; Gaillart (Hartennes), vice-président ; Lécuyer (Beaurieux), secrétaire-trésorier ; Failli (Fismes) et Manichon (Oulchy-le-Château), assesseurs ; Lefèvre (Fismes) ; Lancry (Vailly) et Van Bünnen (Jonchery).

Représentés : MM. Pichancourt (Bourgogne) ; Delaporte (Bourg-et-Comin).

Le président propose les candidatures de MM. Schwartz (Corbeny) ; Helfer et Berthelemy (Braisne) et Loddé (Fère-en-Tardenois).

Elles sont acceptées à l'unanimité.

M. Lécuyer expose que l'année qui vient de s'écouler a été cruelle pour le Syndicat, qui a perdu cinq membres, dont deux, MM. Loysel et Henrionnet, ont quitté le pays et trois MM. Godart, Deligny et Préaulx, sont décédés.

Paul Godart était né à Beaurieux, où son père a pratiqué longtemps la médecine. Il passa par l'école du service de santé militaire de Strasbourg, par l'école d'application du Val-de-Grâce et fut nommé aide-major en Algérie, où il eut de la peine à arriver par suite du naufrage du Borysthène, sur les côtes d'Afrique. Il n'y resta pas longtemps, donna sa démission et se fixa à Fismes, pays de sa mère, où il ne tarda pas à se marier.

Il y a douze ans, il fut un des fondateurs de notre syndicat, et aux séances il se faisait remarquer par la sûreté de son jugement et par une large et saine gaîté ; il était la joie de nos réunions.

Depuis de longues années, une maladie impitoyable le retenait sur son lit. Il laisse parmi ses confrères une réputation de bon médecin et d'excellent camarade.

Charles Deligny était né en 1858, à la ferme de Cuisey, près Beaurieux, d'une famille de cultivateurs ; il commença sa médecine à Reims en 1877. Elève studieux, il devint interne et fut l'un des joyeux collaborateurs, par la plume et par le crayon du journal *l'Hermès* (qui me compta — faut-il le dire — parmi ses rédacteurs, sur sa demande), ce qui ne l'empêchait pas d'être trois fois lauréat de l'école de médecine ; sa thèse lui valut une médaille d'argent de la Faculté de Paris. Il vint s'établir à Fère-en-Tardenois, où il se créa une situation très enviée. Son abord paraissait froid lorsqu'on ne le connaissait pas suffisamment, mais son excellent cœur lui créa de solides amitiés parmi ses clients. Il est mort en

pleine jeunesse, laissant le meilleur souvenir à tous ceux qui l'ont connu.

Préaulx (de Villers-Cotterets) est mort ces jours-ci à 40 ans d'une façon foudroyante, mort on peut le dire sur la brèche, car la veille de sa mort, il faisait encore des visites. Il avait douze années d'exercice et s'était créé une belle clientèle et de solides relations.

Procès-verbaux.

M. Woimant, président, en constatant que le nouveau bulletin de l'Union est reçu régulièrement par tous les membres, croit être l'interprète de ses collègues en demandant que le compte-rendu des travaux du syndicat soit envoyé simultanément au *Bulletin officiel* et au *Concours médical*, qui nous a donné l'hospitalité depuis douze ans, et qui a rendu tant de services à la profession. (Adopté.)

Déclaration des maladies contagieuses.

M. Lancry expose que, dernièrement, il a fait une déclaration de maladie contagieuse (scarlatine) au maire et au sous-préfet, suivant la loi.

Il a été fort étonné de recevoir, quelques jours après, la visite d'un gendarme, venant lui demander des renseignements, qu'il s'est bien gardé de donner, trouvant ce représentant de l'autorité, fort peu compétent en l'espèce. Il constate que c'est tout ce qui a été fait pour prophylaxie et désinfection.

M. Lécuyer dit que son collègue a fort bien fait de ne pas répondre.

La déclaration des maladies contagieuses ne pourra avoir d'effet utile qu'après le vote de la loi *sur la protection de la santé publique*, si cette loi donne des sanctions sérieuses à la déclaration.

En attendant, il faut obéir à la loi, mais *strictement* et ne pas se laisser taquiner par toutes sortes de fonctionnaires souverainement incompétents en l'espèce. (Adopté.)

Médecins de frontières.

M. Lécuyer secrétaire lit le rapport suivant :

Mes chers confrères, j'ai été déjà chargé par le bureau de l'Union des Syndicats de faire un rapport sur cette question si intéressante (voir le *Concours médical* du 15 juillet 1893) et depuis j'ai publié une série d'articles dans l'*Union médicale du Nord-Est* de Reims.

Je reçois encore et constamment des lettres de confrères de notre région se plaignant de l'invasion dans les villes grandes et petites de l'Aisne, des Ardennes et de la Marne, de médecins plus ou moins spécialistes se faisant bruyamment annoncer par les journaux et les affiches et pratiquant la médecine en France, à notre détriment, sans parler des médecins établis sur la frontière et qui exercent presque exclusivement en France.

Le bureau de l'Union a fait des démarches au ministère des affaires étrangères, mais qui n'ont pas encore abouti.

M. le Dr Gilbert Ballet, agrégé et médecin des hôpitaux, a été chargé de faire un rapport à la direction de l'hygiène au ministère de l'Intérieur.

Tout cela est administratif, diplomatique et ne peut aller vite.

Mais je crois que par le vote de la loi Chevandier, les conventions sont *de facto* dénoncées.

Je viens d'étudier très sérieusement la convention de janvier 1880 avec le Luxembourg et celle de 1881 avec la Belgique.

Eh bien ! les plénipotentiaires avaient prévu un changement de législation médicale.

L'art. 2 dit en effet : « *Les médecins exerçant au delà des frontières de leur pays devront se conformer à la législation qui est,* OU QUI SERA, *en vigueur dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée. Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.* »

Or la législation a changé en France.

L'art. 5 de la loi Chevandier porte que les médecins étrangers ne pourront exercer en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine français. La loi les met sur le même pied que nous : c'est suffisant. Ils ne peuvent raisonnablement demander plus.

Le ministre de l'instruction publique a provoqué un décret sur les dispenses à accorder aux praticiens pourvus d'un diplôme étranger et qui aspirent au titre de docteur en médecine français (25 juillet 1893).

Le ministre de l'intérieur a envoyé aux Recteurs une circulaire où on lit ceci : « *La loi du 30 novembre 1892 a supprimé la faculté qu'avait le gouvernement d'autoriser les médecins pourvus d'un diplôme étranger à exercer en France. La règle fixée par elle est que nul ne peut exercer en France, s'il ne possède le diplôme français de docteur en médecine.* »

Il me semble que ces textes sont clairs, précis, et à mon idée, ne peuvent même pas être discutés.

La loi demande donc le même diplôme aux étrangers et aux nationaux, c'est à nous de la faire appliquer. C'est le rôle des syndicats !

Que les syndicats intéressés dénoncent aux parquets les délinquants !

Ils seront poursuivis par la juridiction correctionnelle comme exercice illégal. Puis, qu'ils se portent partie civile et demandent des dommages-intérêts, pouvant maintenant ester en justice.

Il y a bien un article 28 dans la loi Chevandier qui dit (dans les dispositions transitoires) que les médecins venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de cette loi, pourront continuer à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée ; et elle n'a pu leur être donnée qu'à la condition d'obéir à la loi. Mais constatons que cet article est évidemment fait pour les médecins exerçant exclusivement dans notre pays et *ayant une autorisation nominale, qui peut d'ailleurs toujours être retirée.*

Pour les médecins exerçant sur les frontières, et qui n'ont pas d'autorisation *nominale*, il faut demander énergiquement l'application de la loi et poursuivre les délinquants.

Le distingué Dr L. Dejace (de Flémalle-Grande), rédacteur du *Scalpel*, de Liége, dans le numéro du 29 avril dernier, analysant mes articles, trouve lui-même que le sens de l'art. 28 n'est pas absolument clair, mais que c'est un correctif à l'art. 5.

Mais où il se trompe surtout, c'est sur son interprétation de l'art. 2 de la convention franco-belge. Il ne voit pas dans les mots *qui sera* la prévision par les signataires de la Convention, d'un changement de *loi* sur la pratique de l'art de guérir. Cet article ne peut viser, d'après lui, que les modifications apportées par une loi aux mesures administratives prescrites dans un pays. Telle, par exemple, la déclaration des maladies contagieuses.

Notre confrère n'a pas lu probablement le second alinéa que j'ai cité plus haut : « *Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.* »

La Convention avait bien distingué *la législation des mesures administratives.*

Cet article est terminé par cette réflexion : « Nous serions curieux de connaître la jurisprudence des tribunaux français sur cette matière. »

C'est ce que nous demandons, sûr de notre droit absolu. La justice française ne peut que le proclamer. (*Applaudissements.*)

Le président demande le renvoi du rapport ci-dessus au bureau de l'Union.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Syndicat du Sud-Finistère

19 *novembre* 1893.

Présents : MM. Dubuisson, *Président* ; Coffec, Gaumé, *Syndics* ; Colin, Pilven, Bouju, Le Moaligou, Martin, Grias, Ollivier, Herland, Richard, Baley fils, Giffo, *Secrétaire-trésorier.*

Excusés : MM. Chauvel, Galzain, Bizien.

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Après la lecture d'une circulaire de M. le Dr Porson, président de l'Union des Syndicats, la réunion s'associe aux objections faites par lui dans cette circulaire au sujet de la loi sur l'exercice de la pharmacie et décide qu'il y a lieu d'insister près de MM. les Sénateurs du Finistère pour obtenir le changement de rédaction de cette loi et particulièrement des articles 11 et 12.

MM. Dubuisson et Coffec sont chargés des démarches à faire dans ce but près de MM. Astor, Delobeau, de Raismes, Soubigou et Le Guen.

Exercice illégal.

M. le Secrétaire est invité à écrire à tous les membres du Syndicat qui, après la réception du compte rendu de cette séance, ne lui auront pas adressé la liste des personnes exerçant illégament la médecine dans leur circonscription. Il sera adressé, sans retard, un avertissement à ces personnes et des poursuites devront être exercées contre ceux qui continueraient à agir contrairement à la loi malgré cet avertissement.

Caisse.

M. Le Moaligou, *Président* du Syndicat de Quimperlé, actuellement dissous et réuni au Syndicat des Médecins du Sud-Finistère, remet à M. Giffon la somme que son Syndicat avait en caisse, soit 197 fr. 35.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

M. le Secrétaire donne lecture de la circulaire de M. le général Loizillon, ministre de la guerre, relative à l'exercice de la médecine par les médecins militaires.

Les médecins de Quimper, présents à la réunion, se plaignent de ce que M. X..., médecin-major, tienne un cabinet de consultation ouvert, soit seul médecin d'un grand nombre de familles de Quimper qu'il serait facile de désigner, et ne néglige rien pour augmenter sa clientèle déjà plus importante que celle de plusieurs médecins civils.

Les membres du Syndicat, consultés sur les mesures à prendre, décident, à l'unanimité, qu'une plainte sera portée à M. le général commandant la 44e brigade et que d'autres démarches seraient faites ensuite près de l'Administration des contributions directes, et, au besoin, près de M. le Directeur du Service de santé et de M. le Ministre de la guerre si la plainte à M. le général de brigade n'aboutit pas.

Réunions.

Il est décidé qu'à l'avenir les réunions du Syndicat se feront deux fois par an : le dimanche de la Quasimodo et le 1er dimanche d'octobre.

Le Secrétaire-Trésorier, Dr P. GIFFO.

Syndicat des Basses-Cévennes.

8 *Mai* 1894.

Présents : MM. Mazel, *Président*, Balestrier, Bourguet, Bourras, Jacob, Nines, Rocheblave, Tarrou.

Excusés : MM. Boutes et Teissonnières.

M. le Président prononce une allocution dans laquelle il constate que le nombre des membres du Syndicat, diminué par de nombreux décès et des démissions, ne s'est pas maintenu au moyen du recrutement de nouveaux adhérents, par suite de l'indifférence des confrères de la région.

En effet, certains confrères, satisfaits de leur situation personnelle et croyant n'avoir rien à gagner à faire partie d'un Syndicat, s'abstiennent égoïstement. D'autres restent à l'écart par pure indifférence ou par une sorte de préjugé d'indépendance.

Il est pénible d'avoir à noter un pareil état après treize ans d'existence, quand le mouvement syndical, loin de se ralentir, grandit tous les jours, quand des questions d'intérêt général surgissent à chaque instant plus nombreuses et plus pressantes.

Mais il ne faut pas se décourager et renoncer à la lutte ; car nous avons la conviction, qu'à persévérer, nous aurons honneur et profit. Serrons donc nos rangs pour que notre faisceau ne puisse être rompu.

M. le Secrétaire-Trésorier donne lecture du rapport financier et constate qu'il y a en caisse une somme de 361 fr. 50.

La question de l'Assistance publique donne lieu à une discussion, à la suite de laquelle il est décidé de tenter, auprès des pouvoirs publics, une action commune avec les autres sociétés médicales du Gard. Le bureau reste chargé de ce soin. On préconisera le système du paiement à la visite (1 fr. dans la localité, 0 fr. 50 par kil. à l'aller pour l'extérieur, plus la visite de 1 fr.). Faculté est laissée au malade de choisir son médecin parmi ceux qui ont adhéré au service d'assistance.

Le Secrétaire-Trésorier, Dr BOURGUET.

REPORTAGE MÉDICAL

La séance annuelle de la *Société d'Hypnologie et de Psychologie* aura lieu le lundi 16 juillet 1894, à 4 h. au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine.

— *Service militaire des étudiants.* — Après avoir entendu le Ministre de la guerre, la commission de l'armée de la Chambre des députés a adopté les conclusions du rapport du Dr Labbé, déjà adoptées par le Sénat, au sujet du service militaire des étudiants en médecine. La limite d'âge à laquelle le diplôme de docteur doit être obtenu sera portée de 26 ans à 27 ans.

— *Association de la Presse médicale.* — Le troisième dîner statutaire pour l'année 1894 a eu lieu le 6 juillet 1894, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil. 19 membres assistaient à cette séance.

M. Meyer a annoncé le décès de M. Gillet de Grandmont, ancien membre de l'Association. MM. Delefosse, H. Fournier et Chevallereau ont fait leur rapport sur les candidatures de MM. le Dr Lutaud, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Paris* ; M. le Dr Meugy, rédacteur en chef du *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France* ; M. le Dr Gourrichon, rédacteur du *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine*. MM. Lutaud, Meugy et Gourrichon ont été nommés membres de l'Association.

Il a été décidé, d'après un projet ancien, que l'Association de la presse médicale s'adjoindrait, à titre *de correspondants étrangers*, les directeurs de *journaux étrangers publiés en langue française*.

M. Doléris a signalé à l'Association certains faits qui se sont passés récemment à la station thermale de Cauterets. On a refusé d'une façon catégorique des cartes gratuites à plusieurs médecins qui s'y étaient rendus pour suivre le traitement.

MM. Laborde et Baudouin, président et rapporteur de la sous-commission, nommée à la dernière réunion dans le but d'élaborer un projet de *Comité International de la Presse*, ont communiqué les statuts et règlements qu'ils ont rédigés au nom de cette sous-commission. Après quelques modifications de détails apportés à la rédaction primitive, ces statuts et règlements ont été adoptés à l'unanimité.

— *Congrès de Boulogne-sur-Mer*. — Sous le patronage de M. le Ministre de l'Intérieur et de la Municipalité de cette ville une *Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie*, a lieu du 15 juillet au 15 septembre 1894.

Le Comité d'Honneur comprend les plus hautes notabilités scientifiques, administratives, etc.

Boulogne étant à la fois une ville commerciale, industrielle et de plaisance, cette Exposition y prend une importance exceptionnelle ; les questions d'hygiène, du reste, tiennent de nos jours une place considérable dans les préoccupations de tous ; il n'est guère de grandes villes où l'on n'ait fait de sérieux efforts pour l'assainissement urbain de même que pour propager dans la population les meilleures méthodes de prophylaxie et de désinfection. Au point de vue pratique, la réussite de l'Exposition est donc assurée.

L'emplacement choisi : Quai Gambetta, est d'ailleurs pendant toute l'année et surtout l'été, l'endroit le plus fréquenté de la Ville ; le spectacle si animé du port, le voisinage du Casino et de la digue grandiose créée au boulevard Sainte-Beuve sont autant d'éléments d'attraction.

L'on peut prédire à l'Exposition d'Hygiène de Boulogne-sur-Mer, le succès le plus complet.

— La 8e session du Congrès français de Chirurgie s'ouvrira à Lyon, à la Faculté de Médecine, le *mardi 9 octobre* 1894, sous la présidence de M. le professeur Tillaux, de Paris.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à neuf heures du matin.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. *Etiologie et pathologie du cancer.*

II. *Chirurgie du rachis.*

Des visites dans les Hôpitaux seront organisées par les soins du comité local.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pour tous les renseignements concernant le Congrès, on pourra s'adresser à M. Félix Alcan, éditeur du congrès, 108, boulevard Saint-Germain.

— Un de nos confrères belges, le Dr Leroy, avait été condamné par le tribunal correctionnel d'Anvers du chef de s'être retranché derrière le secret professionnel et d'avoir refusé de divulguer, dans l'enquête au cours d'une action en divorce pendante entre un mari et une femme qu'il avait soignés, certains faits dont il avait connaissance à raison de sa profession et qui devaient être de nature à influer sur le sort de l'action. Le mari, il est vrai, avait relevé du secret le Dr Leroy, mais ce dernier estimait que la divulgation des faits était de nature à porter préjudice à la femme et même à des tiers.

La décision du tribunal ayant été soumise à une juridiction d'appel, notre confrère a été acquitté.

Cette décision a été accueillie avec joie par les médecins belges ; nous ne pouvons mieux faire que de nous joindre à nos confrères dans cette circonstance. Les détails de l'affaire intéressent, en effet, les médecins de tous les pays. (*Bull. méd.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3920. — M. le docteur Fourrière, de Paris, membre de l'Association des médecins de Seine-et-Oise.

N° 3921. — M. le docteur Guillemet, de Vitry-sur-Seine (Seine), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Touplain, d'Herbault (L.-et-Ch.), membre du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Le « Gros Mal » du Moyen-Age et la Syphilis actuelle, par le Dr F. Buret, in-16 de 320 pages, avec une gravure du XVe siècle et une préface du Professeur Lancereaux. Paris, 1894. — Prix : 4 fr.

Comme suite à la **Syphilis aujourd'hui et chez les Anciens**, travail dans lequel l'auteur fouillait la littérature antique dans son ensemble (Chine, Japon, Inde, Assyrie, Egypte, etc.), le Dr Buret publie actuellement un nouveau volume divisé en deux parties : *Moyen-Age* et *Temps Modernes*.

Son principal mérite consiste : pour la première partie à reproduire fidèlement, d'après les textes originaux les plus curieux, une série d'anecdotes très suggestives ; dans la seconde partie, au contraire, l'auteur, passant en revue les principaux auteurs ayant écrit sur la syphilis depuis 400 ans, fait preuve d'un grand sens critique.

En résumé, ce nouveau volume du Dr Buret crée pour ainsi dire l'historique de la syphilis en montrant l'inanité de la légende américaine, et arrive ainsi à faire la lumière complète sur la ténébreuse question de l'origine de cette maladie, question divisant depuis quatre siècles le corps médical de tous les pays.

En somme, bon ouvrage, surtout au point de vue bibliographique, et appelé à un succès certain tant par les documents de toutes sortes qu'il met en lumière que par la limpidité de style qui caractérise l'ensemble des publications de l'auteur. E. G.

Nogué (Dr Raymond). — **Formulaire spécial de thérapeutique infantile**. 6 fr.

M. le Dr Raymond Nogué vient de faire paraître, à la Société d'Editions scientifiques, un formulaire spécial de thérapeutique infantile avec préface du docteur Variot, livre d'une utilité incontestable pour les praticiens.

Qui ne s'est, en effet, senti embarrassé quand il s'agit de formuler au lit d'un petit malade ? Il faut en même temps tenir compte de l'âge et des idiosyncrasies spéciales à cette époque de la vie pour graduer les doses médicamenteuses. Avec ce formulaire, on n'aura qu'à chercher au nom de la maladie comme on ferait d'un dictionnaire pour trouver les formules convenables. Et ce n'est pas un simple exposé de formules, mais encore contient-il les instructions nécessaires pour la ligne de conduite à tenir suivant l'époque de la maladie, son intensité, ses différents symptômes, etc., etc.

Enfin, la chirurgie infantile et l'orthopédie ne sont pas délaissées. Citons, par exemple, les chapitres sur l'intubation laryngée et le corset de Sayre qui donnent toutes les indications utiles au manuel opératoire.

Net 4 fr. 80 franco, pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 29 21 Juillet 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LE GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE

Les médecins législateurs ont eu une réunion le 10 juillet. Il s'agissait, nous écrit le Dr *Guéneau*, député de la *Côte-d'Or*, de discuter le chiffre inscrit au budget de 1895, pour l'application de la loi d'assistance médicale dans les campagnes.

Mais ce n'est qu'à la rentrée que le groupe fera réellement besogne utile, après avoir fraternisé au dîner contremandé à cause de la mort du président Carnot.

Nous avons retrouvé la composition de la Réunion extra-parlementaire de 1880. Les noms en italique sont ceux des législateurs qui font encore partie du parlement. MM. les députés *Lavergne* et *Lemonnier* sont devenus sénateurs depuis 1880.

Députés.

MM. Bamberger, Bert (Paul), *Bourgeois*, Bruneau, Chavanne, Chevandier, *Cornil*, Couturier, Devade, Forné, Gaune, Garrigat, Gros-Gurin, Guillot, Guyot, Joubert, Labuze, Lalanne, Laussedat, *Lavergne*, Le Maguet, *Lemonnier*, Liouville, Lombard, *Mahy (de)*, *Marmottan*, Masmonteil, Moreau, Mougeot, Rouvre, Souchu-Servinière, Tiersot, Thomas, *Turigny*, Vacher, Vernhes, Soye.

Sénateurs.

MM. Cazalas, *Combescure*, Delacroix, *Dufay*, Massot, Robin, *Roussel*, Testelin.

Liste des médecins des Chambres en 1894.

Députés-Médecins (1).

MM.	MM.
**Amodru* (S.-et-Oise).	Herbet (Ain).
*Bizarelli (Drôme).	*Isaac (Guadeloupe).
*Bourcy (Char.-Inf.).	*Isambard* (Eure).
Bourgeois (Paul).	Lacôte (Creuse).
*Bourgoin (Ardennes).	Lafont (Bas.-Pyr.).
Bourlier (Algérie).	Lannelongue (Gers).
**Bourrillon* (Lozère).	Le Borgne (Finistère).
Chambige (P.-de-Dôme)	**Legludic* (Sarthe).
Chantelauze (Hte-Loire)	*Leroy (Ernest (Som.).
Chapuis (M.-et-Mos.).	*De Mahy (Réunion).
Chassaing (Seine).	Mandeville (Garonne).
Chautemps (Seine).	*Marfan (Aude).
Chevillon (B.-du-Rh.).	Marmottan (Seine).
Clament (Dordogne).	Masson (Rhône).
Clédou (Bas.-Pyr.).	Merlou (Yonne).
**Cosmao-Dumenez* (Finistère).	Michou (Nord).
	Naquet (Seine).
*Cot (Hérault).	Paulin-Méry (Seine).
Defontaine (Nord).	**Pédebidou* (Hes-Pyr.).
*Delarue (Allier).	*Pourteyron (Dordog.).
*Delbet (Sein.-et-Mar.).	Quintaa (Bas.-Pyr.).
Denoix (Dordogne).	Emile Rey (Lot).
Dron (Nord).	*Henri Ricard (C.-d'Or)
Dubief (S.-et-Loire).	*Signard* (Hte-Saône).
Frébault (Seine).	Thoulier (Dordogne).
**Gacon* (Allier).	Thonion (Hte-Savoie).
Girard (P.-de-Dôme).	Turigny (Nièvre).
**Gueneau* (Côte-d'Or).	Vacherie (Hte-Vienne).
*Guignard (M.-et-Loire).	Vaillant (Seine).
*Guillemaut (S.-et-L).	*Viger* (Loiret).
Henrion (M.-et-Mos.).	Vigné (Hérault).

Soit 61 Députés.

(1) Faisaient déjà partie du groupe, à la date du 21 juin, les députés et sénateurs dont les noms sont marqués d'un astérisque. — Les noms en *italiques*, sont membres du Concours médical.

Députés-Pharmaciens.

MM. Boudeville (Oise) ; Duval (Haute-Savoie) ; Leconte (Indre).

Soit 3 Députés.

Vétérinaire-député.

M. Pajot (Cher).

Soit 1 Député.

Sénateurs-Médecins.

MM.	MM.
*Berthelot.	Guyot (Rhône).
Camparan (Hte-Gar.).	Labbé (Léon) (Orne).
*Coillot (Hte-Saône.)	Labrousse (Corrèze).
Combes (Char.-Infér.).	_Laurens_ (Drôme).
Combescure (Hérault).	Lavergne (B.) (Tarn).
*Cornil (Allier.	Le Monnier (Sarthe).
Coste (Yonne).	Le Play (Albert).
Couturier (Isère).	Le Souëf (Seine-Inf.).
*_Dellestable_ (Corrèze).	Levrey (Hte-Saône).
*Demoulins de Riols (Landes).	Lourties (Landes).
	Martin (S.-et-L.).
Donnet (Hte-Vienne).	Moinet (Htes-Pyrén.).
Dufay (Loir-et Cher).	*Ouvrier (Aveyron).
*Francoz (Hte-Savoie).	*Rolland (Tarn-et-Gar.)
*Frézoul (Ariège).	Roussel (Théophile).
Gadaud (Dordogne).	Sébire (Manche).
*Gérente (Alger.)	*_Taulier_ (Vaucluse).
Goujon (Ain).	Turgis (Calvados).
Guindey (Eure).	*Villard (Pyr.-Orient.).

Soit 37 sénateurs.

Sénateurs-pharmaciens.

M. Peytral (Bouches-du-Rhône).

3 Sénateurs-Vétérinaires.

MM. Anne ; Brunet ; Darlot (Haute-Marne).

Depuis le 21 juin, de nouvelles adhésions au groupe médical ont été obtenues et nous espérons que notre initiative, favorisée par les deux membres du Concours qui ont bien voulu se mettre à notre disposition, MM. Pédebidou et Guéneau, l'un secrétaire, l'autre trésorier de la réunion, portera tous ses fruits et qu'aucun des députés et des sénateurs, portés sur la liste ci-dessus, ne refusera de se joindre aux premiers adhérents.

Une profession, qui compte aux Chambres 98 représentants, peut avoir la juste prétention de faire triompher, peu à peu, ses revendications, à la seule condition qu'elles soient équitables.

A. C.

AUX MEMBRES

de l'Association amicale.

Messieurs et chers Confrères,

Voulez-vous permettre à votre trésorier de vous entretenir un peu des choses de l'Association amicale? Un certain nombre d'entre vous lui posent, dans leurs lettres d'envoi, des questions auxquelles il a pris pour règle de répondre immédiatement, mais l'examen en commun de quelques-unes de ces questions ne pourrait que présenter des avantages.

Lorsque nous avons songé à créer l'Association Amicale, une de nos plus grosses préoccupations a été celle du trésorier : il y a dans ses fonctions, en outre d'une responsabilité bien évidente, un travail d'une nature spéciale fait pour effrayer plus d'un. Il faut que la comptabilité soit tenue avec l'ordre le plus grand, la régularité la plus parfaite. Vous m'en croirez si je vous affirme que ce n'est pas une sinécure et vous ne pourrez que souscrire à ma demande si je vous demande de vouloir bien me seconder un peu.

La régularité du versement des cotisations est une mesure qui s'impose, tous le comprennent : pourquoi donc certains attendent-ils pour faire ce versement les extrêmes limites ? — Oubli, certainement ; mais pourquoi ne pas adresser la cotisation dès qu'on reçoit son avis d'admission ?

Pourquoi certains autres envoient-ils leurs cotisations au Président ou au Secrétaire général, alors que l'Association possède un trésorier ? — Distraction non moins certaine, mais qui a pour effet de multiplier les écritures et de compliquer la comptabilité.

Quelques-uns d'entre vous ont demandé que les cotisations pussent être recouvrées par la poste : ils craignaient d'oublier l'époque du versement et ne voulaient pas encourir la suspension du droit à l'indemnité. C'est là encore un surcroît de travail sensible, nous n'avons pas hésité cependant à faire droit à cette réclamation ; mais nous avons pensé que ce mode de recouvrement ne devait être employé que pour les confrères *qui en feraient la demande* et que les frais qu'il occasionne devraient être supportés par eux. — Dès maintenant le recouvrement par la poste est pratiqué vis-à-vis de tous ceux qui l'ont réclamé.

On a demandé encore la faculté de s'acquitter par l'envoi d'un chèque. C'est là une chose plus difficile : j'ai reçu déjà plusieurs chèques, mais j'ai dû les retourner à ceux d'entre vous qui me les avaient réclamés, parce qu'ils n'étaient payables que par les Bureaux où le dépositaire avait son compte courant. Si un confrère de Lille ou de Toulouse envoie un chèque qui ne peut être touché que dans ces villes, si même le chèque ne peut être encaissé que dans tel ou tel Bureau parisien, il y a là des impossibilités matérielles devant lesquelles il faut bien reculer.

Pour que votre trésorier puisse accepter un chèque, il faudrait que ce chèque fût visé pour encaissement à Orléans. — Si nos confrères veulent bien réfléchir qu'ils devront, eux, passer à la succursale de la banque où ils ont leur compte pour faire viser le chèque et que le trésorier à son tour devra faire un voyage pour aller toucher ce chèque, ils conviendront que l'intermédiaire de la poste est infiniment plus simple.

Nous chercherons sans doute à faciliter à nos confrères la participation à l'Association Amicale et ils peuvent être certains que nous accepterons toutes les améliorations possibles. Mais nous leur demandons en grâce un peu de patience et nous les prions de considérer que tel dérangement insignifiant pour chacun d'entre eux peut devenir, en se répétant, une corvée épouvantable pour ceux qui sont chargés de l'administration de l'Association.

Faut-il parler de ceux qui n'envoient pas le montant juste de leur cotisation ?

Les uns envoient moins, il faut écrire pour réclamer le surplus ; les autres envoient plus, il faut écrire encore pour signaler la chose.

A propos de ces derniers qui répondent parfois que le surplus viendra en déduction de leur cotisation prochaine, faut-il faire remarquer qu'il y a là encore des complications d'écritures qui pourraient être évitées par un peu d'attention.

Je le demande à mes confrères, comment dans ces conditions arriver à une comptabilité claire et nette ? Ce qui est possible pour les cotisations d'une même année, devient impossible si des sommes doivent être imputées sur l'année suivante.

Les inattentifs ne devraient-ils pas admettre que les surplus, toujours assez faibles d'ailleurs, doivent être imputés comme dons à l'Association ?

Toutes ces questions seront reprises en leur temps, mais je tiens à signaler immédiatement ces petites difficultés aux membres de l'Association amicale.

Je terminerai en recommandant à ceux d'entre eux qui ne l'ont pas fait encore, de m'adresser leurs cotisations, *tout retard après le 31 juillet entraînant la suspension du droit à l'indemnité.*

Ils ont sans doute encore quelques jours de délai, mais ils peuvent oublier et ils ont tout avantage à faire l'envoi au plus tôt.

Dr A. Gassot,

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'accès de goutte aiguë.

M. le Dr Lécorché, dont la compétence en thérapeutique de la goutte est connue de tous, expose le traitement de l'accès aigu de la manière suivante dans son récent ouvrage :

Nous ne sommes pas partisan de la formule de Cullen, *patience et flanelle* : nous croyons que l'attaque de goutte aiguë doit être traitée et vigoureusement traitée dès sa première apparition. Nous n'admettons une certaine expectation que dans les cas où l'accès articulaire, au cours d'une goutte déjà ancienne, semble se montrer comme une sorte de métastase, de dérivatif d'une fluxion viscérale, pulmonaire ou cérébrale. Mais nous tenons ces faits pour exceptionnels, beaucoup plus exceptionnels que ne veulent la théorie et surtout la tradition des anciens.

L'accès de goutte franche déclaré, que convient-il de faire ! Nous avons à notre disposition des moyens locaux et des médicaments internes.

Parmi les moyens locaux, il en est à bannir absolument : en premier lieu les moyens dits antiphlogistiques, les ventouses scarifiées ou les sangsues. Ils ne calment nullement la douleur, font l'attaque plus longue et rendent la prochaine moins franche. L'application du froid sur la jointure, que les malades ont une tendance naturelle à rechercher doit aussi être proscrite. Elle peut supprimer brusquement la crise, mais on ne saurait répondre des conséquences de cette suppression soudaine. La teinture d'iode, le collodion en badigeonnages, aussi bien que les vésicatoires, sont des moyens nuisibles au début d'une attaque aiguë. Ils augmentent la douleur locale et n'ont aucune action résolutive sur la fluxion goutteuse. Enfin les frictions et les massages sont encore à rejeter à ce moment de l'accès. En raison de l'hyperesthésie extrême des parties, le malade ne les tolérerait d'ailleurs pas dans la goutte franche, et si l'accès a un début hésitant, comme à la suite d'un faux pas ou d'un traumatisme, le massage ne manque pas d'exaspérer la douleur et de provoquer une véritable attaque que le repos et des calmants auraient peut-être prévenue.

La première chose à conseiller, en cas de crise articulaire, est le repos, repos général, physique et moral, repos local du membre affecté. Le malade devra faire trêve à ses occupations ordinaires, garder la chambre et même le lit. Le membre sera maintenu élevé, appuyé sur un coussin un peu dur et protégé par un cerceau.

La jointure atteinte, préalablement enduite d'un liniment calmant, sera enveloppée d'une couche d'ouate qu'on recouvrira d'une feuille de taffetas gommé.

On évitera les liniments chloroformé, ammoniacal ou camphré, qui provoquent d'ordinaire une excitation cutanée et ne font qu'aggraver la douleur. Les liniments huileux à base d'extrait d'opium, de belladone, de jusquiame, le baume tranquille sont les meilleures applications locales.

Un moyen calmant, que nous employons souvent avec succès, est le badigeonnage de l'articulation avec le laudanum de Sydenham. On peut encore prescrire un liniment huileux ainsi composé :

Chlorhydrate de morphine....	*àà* 0 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne......	
Huile d'amande douce.........	20 grammes.

Les fumigations calmantes, faites à l'aide de décoctions de plantes telles que le pavot, la jusquiame, la morelle, et répétées plusieurs fois par jour, donnent parfois de bons résultats.

Certains médecins ont de la répugnance pour les cataplasmes, et les malades les redoutent sous prétexte que la goutte craint l'humidité. Cette appréhension nous semble vaine et nous n'hésitons pas, avec Sydenham, à les prescrire au lieu de ouate, lorsque l'hyperesthésie cutanée n'est pas trop forte et que la douleur n'est pas augmentée par le poids du topique.

Mais ce ne sont là que des palliatifs qui peuvent apporter quelque soulagement aux souffrances du malade, mais qui ne guérissent pas la goutte. Le véritable traitement de l'attaque aiguë consiste dans l'administration du colchique.

On peut donner le colchique sous forme de teinture de semences ou de fleurs ou sous forme d'extrait.

Comme nous l'avons dit, il ne faut pas attendre le déclin de l'accès pour administrer le médicament. Dès que le diagnostic est posé, dès la première crise nocturne, nous prescrivons le traitement interne.

Il ne faut pas non plus tâtonner, donner de petites doses d'une façon craintive ; on ne fait qu'atténuer la douleur sans enrayer, ni écourter l'attaque.

Nous faisons prendre d'emblée 60 gouttes de teinture de colchique en trois fois dans la journée, le matin, dans l'après-midi et dans la soirée, et, suivant l'effet produit, nous renouvelons la même dose le lendemain ou nous la dimi-

nuons d'un tiers. Le troisième et le quatrième jour, nous donnons deux fois 20 gouttes de teinture. Le cinquième et le sixième, 20 gouttes seulement de teinture.

Il est bien rare avec cette médication que, dès le troisième ou le quatrième jour, la crise douloureuse ne soit déjà presque complètement calmée.

Si, par suite des idées thérapeutiques du malade ou de son entourage, on ne peut recourir au colchique, on pourra administrer le salicylate de soude ou de lithine. Mais ici encore il ne faut pas procéder par petites doses progressives et timorées ; il faut, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, prescrire 6 grammes par jour de salicylate pendant 4 jours, à prendre par dose de 1 gramme ; puis continuer l'administration du médicament pendant une dizaine de jours, encore, en abaissant progressivement la dose à 4 grammes, puis à 2 grammes par jour. Le salicylate, nous l'avons dit, agit beaucoup moins sûrement dans la goutte aiguë que le colchique. Il donne parfois pourtant de bons résultats chez certains malades.

L'accès de goutte aiguë s'accompagne d'ordinaire de divers malaises généraux qu'il faut surveiller et combattre.

Il est rare qu'il n'y ait pas un peu d'embarras gastrique, et la constipation est la règle. Si l'embarras gastrique est très prononcé, avec langue saburrale, bouche amère, nous n'hésitons pas à administrer un ipéca ou un éméto-cathartique. Si l'embarras est peu marqué, les moyens diététiques suffisent : diète liquide, bouillon et lait pendant les premiers jours.

Les préparations de colchique déterminent d'ordinaire des selles bilieuses plus ou moins abondantes. Parfois, cependant, la constipation persiste. Il faut alors recourir aux purgatifs. Les médecins anglais administrent en général le calomel. Nous employons de préférence les purgatifs salins, sulfate de soude et de magnésie. Ou bien nous prescrivons l'usage régulier d'une eau laxative.

Il est fréquent d'observer un certain degré de dysurie avec mictions brûlantes ou douloureuses. Cette dysurie s'explique par la rareté des urines et aussi par leur richesse en urates. Nous la combattons au moyen des eaux alcalines ou indifférentes.

La fièvre est rarement assez marquée dans la goutte aiguë pour nécessiter un traitement spécial. Nous avons montré, par des observations thermométriques régulières, que la goutte n'élève guère la température au delà de quelques dixièmes de degré, que le thermomètre atteint rarement 39 degrés dans la soirée, oscillant d'ordinaire entre 38 et 38°5, et que ce léger mouvement fébrile ne se prolonge pas au delà des 3 ou 4 premiers jours. Cependant, quand les malades se plaignent de cette excitation fébrile et de la sensation de chaleur qui l'accompagne, nous associons au colchique le sulfate de quinine à la dose de 30 à 50 centigrammes par jour.

Mais les symptômes les plus pénibles sont l'intensité de la douleur articulaire, l'état de surexcitation nerveuse générale qui en est la conséquence et enfin l'insomnie.

On remédiera à ces symptômes par les moyens ordinaires. Le meilleur traitement de la douleur est l'administration du colchique. Mais l'effet du colchique n'est pas immédiat, et les douleurs sont parfois telles qu'on ne peut attendre cet effet. On donnera donc soit de l'antipyrine à la dose de 1 à 2 grammes, soit une pilule d'extrait thébaïque de 5 centigrammes. Dans certains cas où l'agitation est extrême, nous ne reculons pas devant l'emploi du chlorhydrate de morphine, en injection sous-cutanée à la dose d'un demi à 1 centigramme.

L'insomnie doit être combattue, soit par le bromure de potassium, soit par le chloral. Les somnifères proprement dits, comme le sulfonal et le chloralose, ne produisent aucun effet dans ces cas d'insomnie associée à la douleur.

Dans la goutte franche, localisée au gros orteil, l'effet du colchique obtenu, tout est en général terminé. Il reste seulement pendant quelque temps un peu de gonflement de la jointure, un peu de douleur provoquée par la pression. Ceci oblige encore à quelques ménagements. Le malade devra garder, pendant une huitaine de jours, le repos ; il ne devra reprendre que peu à peu ses habitudes. Il doit être averti qu'une chaussure un peu dure ou un peu étroite, une marche un peu prolongée peuvent réveiller les douleurs spontanées et provoquer le retour de la crise.

C'est surtout quand les grandes articulations, celles du cou-de-pied et du genou en particulier, sont prises, que ces précautions sont indispensables. Mais dans les accès de goutte aiguë, on voit souvent persister de la tuméfaction et de l'endolorissement de ces jointures. On insistera alors sur la nécessité du repos ; à ce moment des badigeonnages de teinture d'iode ou quelques pointes de feu, aidées d'une compression légère, faciliteront la résorption de l'épanchement. Le massage dans ces cas est aussi utile. Mais il ne doit être pratiqué qu'avec une grande réserve et beaucoup de prudence ; un massage un peu énergique suffit souvent pour rappeler toute l'intensité des douleurs et renouveler l'accès articulaire.

M. Lécorché prescrit aussi en pareil cas l'iodure de potassium, en solution contenant environ 30 centigrammes par cuillerée à soupe et dont nous faisons prendre 2 à 3 cuillerées par 24 heures.

Le salicylate de soude et la menstruation.

Le Dr J. *Chéron* préconise, depuis longtemps déjà, l'emploi du salicylate de soude contre la dysménorrhée des jeunes filles, surtout dans les cas de diathèse arthritique plus ou moins accusée, avec prédominance de la névralgie lombo-abdominale sur les autres symtômes de la dysménorrhée.

M. Binz a repris dernièrement la question des indications et des contre-indications de l'acide salicylique et des salicylates, après avoir observé un cas d'avortement survenu à la suite de l'administration de cinq grammes d'acide salicylique. Il a fait avorter des lapines en gestation en leur faisant ingérer de l'acide salicylique. Il rapporte des cas de ménorrhagies, de métrorrhagies et d'avortement observés par M. Balette et par M. de Wacker, à la suite de l'emploi de ce médicament.

De ces faits, il résulte que l'acide salicylique et les salicylates ne doivent être employés qu'avec la plus grande prudence chez les fem-

mes enceintes atteintes de rhumatisme articulaire et qu'ils sont tout à fait contre-indiqués chez les femmes rhumatisantes sujettes à avorter. La tendance aux ménorrhagies et aux métrorrhagies, en dehors de toute grossesse, en est également une contre-indication formelle.

C'est donc dans la dysménorrhée névralgique, rhumatismale, avec insuffisance de l'écoulement menstruel que le salicylate de soude reste particulièrement utile. Il constitue une ressource précieuse, chez les jeunes filles arthritiques, insuffisamment réglées, alors qu'on ne peut recourir au traitement local, si efficace chez les femmes mariées.

On prescrit ordinairement le salicylate de soude de la façon suivante, dans la dysménorrhée arthritique :

Salicylate de soude...... 5 grammes.
en 10 cachets.

Prendre deux de ces cachets au commencement des principaux repas, les deux ou trois premiers jours des règles.

On peut également recourir à la formule suivante :

Salicylate de soude..... 10 grammes.
Rhum.................. 40 grammes.
Sirop simple........... 160 grammes.

prendre une cuillerée à soupe de cette potion au commencement des deux principaux repas, les deux ou trois premiers jours des règles.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Remarques sur la diphthérie.

La discussion qui a eu lieu récemment, à la Harveian Society de Londres, résume à peu près l'état actuel des connaissances généralement admises, en Angleterre, sur la diphthérie. La question fut envisagée au point de vue clinique et épidémiologique.

Le Docteur Newton Pitt, de Guy's Hospital, ouvrit la discussion. Pour formuler une définition assez complète de la diphthérie, il faut se rappeler les 3 principaux caractères de cette maladie infectieuse : a) la présence de fausses membranes ; b) l'association fréquente d'altérations du parenchyme des reins ; c) le développement de la névrite périphérique. Les maux de gorge à forme bénigne que l'on observe si fréquemment pendant les épidémies de diphthérie ont-ils la même origine spécifique ? L'opinion affirmative devient de plus en plus générale ; mais il ne faut pas oublier que, dans plusieurs cas d'angine avec fausses membranes, on n'a pu obtenir que des cultures de streptocoques et de staphylocoques, tandis que dans d'autres cas, en l'absence de membranes ou d'exsudats membraneux, il a été facile de démontrer la présence du bacille de Loeffler. Le Docteur Thome Thorne a démontré la tendance qu'a la diphthérie à se développer au milieu de certaines conditions atmosphériques, telle que l'humidité ; mais il est généralement admis que les conditions insalubres à elles seules ne suffisent pas pour produire la maladie « *de novo* ».

Il est parfois fort difficile et même impossible d'établir la pathogénie de tel ou tel cas, mais il ne faut pas pour cela conclure que la contagion n'est pas en jeu.

Ex.: Deux enfants demeurant à la campagne, dans une maison bien isolée, furent attaqués par la diphthérie. Ni l'eau, ni le lait ne pouvaient avoir causé la maladie. On avait remarqué dans la maison, une certaine odeur nauséabonde provenant d'un tas de fumier versé dans un champ à quelque distance ; et il fut découvert que ce fumier provenait d'une ferme située à quelques lieues de la maison et où plusieurs cas de diphthérie, de date récente, avaient été observés. C'était probablement là la source de l'infection.

M. le Docteur Goodall, médecin en chef de l'hôpital des fiévreux à Howerton (Londres E.) propose comme définition de la diphthérie : « Une inflammation primitive des amygdales, des piliers et du voile du palais, accompagnée d'un exsudat, et en général, mais non nécessairement de fausses membranes, dues au développement d'un microbe, et associée à certains effets secondaires produits par l'absorption de toxines. Il a fréquemment observé des cas dans lesquels les effets secondaires (paralysies) se sont développés sans avoir été précédé d'exsudat dans la gorge, mais il n'a jamais vu de cas de paralysie diphthérique sans aucun mal de gorge. Tout récemment, cependant, le Dr Gayton, de l'hôpital des fiévreux d'Hampstead, a communiqué à la *Lancet* un cas de diphthérie de la vulve, chez une enfant, avec paralysie consécutive sans affection aucune de la gorge. Le Dr Hill, en 1889, a publié aussi un cas analogue.

Au point de vue clinique, le Dr Goodall est d'avis que l'on doit considérer comme diphthérique tout cas d'angine avec membrane, s'il n'existe pas de cause définie telle que la scarlatine. Si la maladie s'étend localement, c'est presque sûrement la diphthérie ; si le larynx est envahi, on a certainement affaire à la diphthérie.

La diphthérie, quelquefois, vient compliquer d'autres maladies infectieuses et son association avec la scarlatine et la rougeole est trop fréquente, pour que ce soit simplement un accident ; en outre, la plupart du temps, il n'est pas possible de découvrir aucune voie de communication ou de contagion.

L'expression « diphtheritic Sore throat », qui est attachée par beaucoup de médecins à toute forme d'angine membraneuse, devrait être bannie de notre vocubalaire.

La présence d'une fausse membrane épaisse, blanchâtre, dans certains cas de scarlatine, dénote une angine grave, qui doit être séparée avec soin de la diphthérie, car elle possède certains caractères plus ou moins distincts.

D'abord le larynx est très rarement atteint ; sur 68 cas de scarlatine avec angine membraneuse dans 3 cas seulement on a observé la complication laryngée ; tandis que dans 1071 cas de diphthérie, le larynx a été envahi dans 204 cas. La paralysie survint chez 3 scarlatineux, et chez 125 diphthériques. Les fausses membranes ne se reforment pas dans la scarlatine après avoir une fois disparu, et la diphthérie (due à la contagion) n'est pas observée parmi les autres scarlatineux placés dans la même salle. La complication que nous venons de mentionner est l'angine membraneuse précoce (non diphthérique) des scarlatineux, qui se montre en même temps que l'éruption. Si la diph-

thérie vraie vient compliquer la scarlatine, elle est fort grave et bien plus fatale que la diphthérie primitive seule, plus fatale encore si elle accompagne la rougeole. Sur 15 cas de rougeole avec diphthérie, il y a eu 14 décès. Sur 1064 cas de scarlatine, on a observé 27 cas de diphthérie secondaire vraie, c'est-à-dire 25 p. 0/0. Sur 41 cas de rougeole observés par le Dr Goodall (les cas de rougeole ne sont pas admis à Howerton ; la présence de morbilleux est donc un accident, souvent une erreur de diagnostic), 6 furent compliqués de diphthérie. Il faut se rappeler ici qu'en général, les cas les plus graves sont envoyés à l'hôpital.

Il est rare de constater avant le développement de la diphthérie, un simple mal de gorge (prémonitoire). Si l'angine de la scarlatine était une cause de prédisposition à la diphthérie, on devrait voir l'association des deux maladies bien plus fréquemment.

Selon le docteur Sidney Martin, professeur de pathologie, nos connaissances sur les angines membraneuses sont encore bien élémentaires. Beaucoup de confusion a été causée par l'emploi de l'expression « inflammation diphthérique », introduite par Virchow, et qui dénote un processus inflammatoire caractérisé par un exsudat de fibrine et la nécrose du tissu atteint; qui, par conséquent, ne s'applique pas seulement à la diphthérie. L'augmentation de volume de la rate, que l'on observe dans les formes d'angine septique, est souvent un moyen de diagnostic différentiel entre elles et la diphthérie. Mais le seul moyen d'assurer notre diagnostic est d'examiner les cultures microbiennes provenant des sécrétions de la gorge. Les fausses membranes constituent la cause ou l'origine de la maladie ; la diphthérie est une maladie infectieuse, qui se développe graduellement, quoiqu'elle puisse se développer quelquefois subitement, et qui est accompagnée en général de la formation de fausses membranes sur la gorge ; il y a généralement de la fièvre, une dépression notable des forces, et souvent de l'albuminurie. De plus, la maladie tend à produire une myocardite qui se révèle par une syncope fatale ou par la tachycardie ; et une paralysie, tantôt limitée, tantôt généralisée, due à une dégénérescence des nerfs. Il y a une tendance vers l'envahissement du larynx, par les microbes spécifiques qui y produisent un exsudat fibrineux.

Le bacille de la diphthérie se nourrit dans les fausses membranes, et produit certains poisons qui circulent dans le sang, transforment les protéides de la rate en produits toxiques, et ceux-ci causent les symptômes secondaires de la maladie.

Le Docteur Sidney Martin, au moyen de coupes provenant d'un cas de diphthérie mort le 29e jour avec une paralysie plus ou moins généralisée, constata les lésions nerveuses caractéristiques de la maladie : l'augmentation des cellules de la région motrice de la moelle, et la dégénérescence des nerfs (rupture des cylindres avec augmentation des noyaux de la gaine primitive, etc.) Dans tous les cas de diphthérie aiguë qui durent plus de 10 jours et succombent à la maladie, il est possible de constater à l'autopsie cette dégénérescence des nerfs. Les mêmes lésions — la dégénérescence graisseuse — ont été observées consécutivement aux injections faites avec les produits toxiques provenant des sécrétions diphthériques.

Le Docteur George Turner, en considérant la diphthérie au point de vue de l'hygiéniste, attache une grande importance aux conditions hygiéniques dans la propagation des épidémies de la maladie, quoiqu'à elles seules elles ne soient pas responsables de son origine. Beaucoup de malades, qui succombent à la diphthérie, ont souffert, quelques jours auparavant, d'un catarrhe avec faible mal de gorge, dans les épidémies qu'il a observées. Il est généralement admis que les vaches sont susceptibles d'une maladie qui est capable de communiquer la diphthérie chez l'homme, et il a aussi vu un mal de gorge, chez le cochon, qui ressemble à celui que l'on observe chez l'homme. On croit généralement que les poules ne propagent pas la diphthérie ; cependant, le docteur Turner a souvent vu des poules atteintes d'une affection de la gorge, assez souvent compliquée par la paralysie ; et cette affection a bien des fois précédé ou suivi la diphthérie chez l'homme.

M. le docteur Saint-Clair B. Shadwall qui est chargé du département hygiénique d'un quartier à l'est de Londres — Walthamslow — près de la rivière Lea (un affluent de la Tamise), et a observé de près l'épidémie de diphthérie en 1887, 1888 dit que la ventilation des égouts par la communication avec l'air au niveau des rues, est probablement une des causes de la propagation de la maladie. L'eau semble être quelquefois un moyen de transport. Exemple : un diphthérique était alité dans une chambre, dont le plancher recouvrait la citerne qui distribuait l'eau aux habitants de la maison ; 7 personnes furent atteintes à la suite.

Le docteur Saint-Clair Shadwell a recueilli plusieurs observations, qui semblent indiquer la part prise par le chat dans la propagation de la diphthérie. Des détails minutieux furent ensuite donnés d'une épidémie (avec carte descriptive des maisons atteintes, rues, etc.), d'où il est presque impossible de ne pas conclure que le drainage des eaux était responsable de l'extension de la maladie; d'autre part, le rôle des écoles dans la propagation de la diphthérie est indiscutable.

M. le docteur Washbourne s'occupe surtout du côté bactériologique de la question ; il n'a jamais éprouvé la moindre difficulté à démontrer la présence du bacille de Löffler (ceux-ci en grand nombre) dans le cas de diphthérie vraie. On ne rencontre le bacille que dans les fausses membranes ou dans l'exsudat qui remplace la fausse membrane. lorsqu'il s'agit de la trachée, des bronches, etc., mais non pas dans les tissus, ni dans le sang.

Les albuminoses et acides organiques que l'on obtient des cultures de ces microbes, produisent la mort chez le lapin après l'évolution de phénomènes paralytiques semblables à ceux que l'on observe chez l'homme.

Le Docteur Washbourne indique brièvement la méthode à suivre pour faire des cultures dans le sérum sanguin ; au bout de 12 heures on peut être certain de son diagnostic. Toutefois il faut une certaine habileté, pour ne pas confondre le bacille de Löffler avec le pseudo-bacille, et suivant le témoignage de Babinski et de certains

autres observateurs il semble que le streptocoque puisse causer une forme bénigne de la diphthérie. Dans la *Lancet* du 24 mars dernier, le Dr Wetherrd donne les résultats de son examen bactériologique de 26 cas de diphthérie. Dans 15 il a trouvé le bacille de Klebs-Löffler, dans 3, le streptocoque, et dans 8, le staphylocoque. Dans tous les cas douteux, il semble nécessaire, vu l'état actuel de nos connaissances sur les microbes, de faire des expériences de contrôle.

Dans le cas d'angine membraneuse de la scarlatine, le Dr Washbourne n'a pas rencontré le bacille de Löffler ; la méthode bactériologique nous enseigne de plus qu'il y a indubitablement de nombreux cas de diphthérie sans membrane. Chez 3 frères attaqués ensemble de mal de gorge, on trouva des bacilles de Löffler associés à une simple rougeur de la gorge pour 2 d'entre eux ; le 3e fut atteint d'une attaque caractéristique de diphthérie avec fausse membrane.

Quant à la durée de l'infection de la diphthérie, on a trouvé des bacilles au 14e jour de la maladie et même plus tard.

Chez les pigeons l'examen bactériologique de l'exsudat (contagieux à vrai dire) dans le mal de gorge, nous démontre que l'on n'a pas affaire à la diphthérie.

M. le Dr Hingston Fox a étudié la statistique des maladies infectieuses, en ce qui concerne Londres surtout. Un examen des tables de la mortalité due à la diphthérie pendant les 35 dernières années, porte vers la conclusion que si l'épidémie est périodique, le cycle est long.

Le nombre des cas de scarlatine n'a aucun rapport avec celui des cas de diphthérie, ni celui des cas de rougeole. La fièvre typhoïde varie, dans sa fréquence, inversement avec la diphthérie. Le changement graduel observé dans la diphthérie, qui fait qu'elle devient de plus en plus commune en ville, plus rare en campagne, les variations dans son intensité, son association avec l'amygdalite simple et l'absence d'aucune éruption cutanée constante, font croire que c'est une maladie qui n'a pas encore atteint la stabilité des autres maladies infectieuses.

Plusieurs des membres ayant pris part à la discussion, ont donné quelques détails sur leur mode de traitement local de la diphthérie ; en présence des résultats à peu près pareils qui succèdent au traitement par des agents tels que l'acide azotique fort, et le bicarbonate de soude (10 p. %), il convient de conclure que jusqu'ici le traitement local est de valeur fort douteuse. La méthode empirique, qui a suggéré le traitement des fausses membranes par les antiseptiques (le phénol, le sublimé corrosif, etc.) devient une méthode scientifique, étant démontrée la présence des bacilles dans les parties superficielles des fausses membranes ; c'est dans cette direction, il me semble, qu'il faut poursuivre nos investigations.

A New-York, dans tous les cas d'angine membraneuse, on peut obtenir un examen bactériologique des fausses membranes gratis. Sur avis du médecin qui soigne le malade, deux tubes de gélatine stérilisée lui sont expédiés. L'inoculation du tube est faite au lit du malade (un petit fragment de membrane est détaché de la gorge), le tube est renvoyé à un expert, et en 12 ou 15 heures, on détermine s'il y a oui ou non diphthérie.

M. le Dr Goodall, de Howerton, pratique le nettoyage antiseptique de la gorge chez les diphthériques ; il recommande l'enlèvement des fausses membranes en voie de détachement, et se sert d'une seringue d'Higginson pour bien expulser les sécrétions de la gorge. Les enfants atteints de diphthérie séjournent à l'hôpital des fiévreux pendant 6 semaines ; plus longtemps, dans les cas graves (avec paralysie, etc). Dans ces conditions, il ne lui est jamais arrivé de rencontrer l'infection diphthérique sur aucun cas qui venait de quitter ses salles ; au contraire, cela arrive assez souvent après la scarlatine, même après un séjour de 7, 10, 12 semaines dans l'hôpital.

Les adultes en général ne sont pas gardés à l'hôpital au delà de 4 semaines, mais ils sont toujours avertis du danger qu'il y a d'embrasser leurs enfants pour quelques jours.

Le Docteur William Francis, de Boston, a publié dans le « *Medical Record de New-York* » tout récemment, un article intéressant sur la diphthérie. Il insiste sur la nécessité de faire des cultures comme moyen de diagnostic précoce, et recommande l'examen bactériologique des sécrétions de la gorge des diphthériques convalescents, avant de terminer l'isolement. Quant au traitement, il recommande les applications locales à la gorge, très fréquentes dès le commencement de la maladie, et a surtout confiance dans les solutions fortes de peroxyde d'hydrogène (hydroxyl).

Dr Macevoy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.

L'annonce du dépôt, sur le Bureau du Sénat, du rapport de M. le Professeur Cornil, nous amène de nombreuses communications sur la proposition de loi. Nous ne pouvons les reproduire toutes, la plupart des questions qu'elles visent ayant été examinées par nous à plusieurs reprises et ayant fait l'objet de démarches près de la Commission Sénatoriale.

Nous estimons qu'il faut attendre la discussion de la proposition par le Sénat, et le vote des divers articles qui nous intéressent. Nous prendrons alors les mesures nouvelles que nous sembleront réclamer les intérêts du Corps Médical et ceux du public que nous ne séparons pas.

Nous donnons la lettre suivante qui touche à un point spécial de la question :

Le médecin soumis aux obligations des pharmaciens.

Très honoré Confrère,

J'ai reçu hier le *Bulletin de l'Union des Syndicats* où je trouve les modifications qu'elle réclame à la proposition de loi sur l'exercice de la Pharmacie, votée par la Chambre des Députés.

Je viens vous adresser quelques observations sur un article, ou plutôt sur un fragment d'article, qui, malgré son importance, est passé inaperçu, et n'a jamais, à ma connaissance, été l'objet d'une discussion ou d'une réclamation.

J'habite la campagne, où je fais un peu de Pharmacie ; je suis entouré de Confrères qui, comme moi, retirent de la vente des médicaments, une partie du gain nécessaire à l'existence.

C'est parce que je me trouve dans les conditions les

meilleures pour connaître la question, que je me permets de vous écrire.

Je veux parler de l'article 11.

Je ne m'occuperai même que de la fin de l'article, à peu près ainsi conçu :

Les médecins qui auront le droit de fournir les médicaments seront soumis à toutes les obligations, lois ou règlements régissant la Pharmacie, à l'exception de la patente.

C'est cette phrase, en apparence toute simple, toute naturelle, bien inoffensive, dont je veux montrer l'importance. On croit tout d'abord que cette rédaction est plutôt favorable aux médecins parce qu'elle contient ce semblant d'exemption ou faveur : *exemption* de la patente.

Mais quand on la considère avec réflexion, on voit qu'elle a une portée aussi inattendue que nuisible pour nous.

Mieux vaudrait payer une patente que d'être soumis aux exigences de cette nouvelle loi.

En effet, si l'article reste tel qu'il est proposé dans tous les projets, il crée tout d'un coup de nouvelles obligations pour nous. Et il nous expose à en subir d'autres à l'avenir, puisque toutes les lois ou règlements appliqués aux Pharmaciens seront applicables à nous.

On peut entrevoir, dès maintenant, quelles seront ces obligations.

Les voici à peu près :

Le médecin auquel la loi permettra de délivrer des médicaments :

1° Devra tenir à jour un registre spécial, où seront transcrites les ordonnances. Cela paraît bizarre. Mais il le faudra bien, puisque les Pharmaciens y seront soumis et que nous devrons faire comme eux, en toute circonstance.

2° Il devra posséder un registre où il inscrira l'achat et la vente des poisons.

3° Il aura une armoire spéciale, fermant à clef, pour contenir les poisons.

4° Il sera soumis à la vérification des poids et mesures.

5° Il sera susceptible de recevoir à toute heure, les inspections, recherches ou poursuites des agents de la régie, si la loi sur les spécialités est mise en vigueur.

6° Il paiera et recevra la commission chargée de l'inspection des Pharmaciens, etc., etc.

Voilà ce que l'article 11, la fin seule de l'article, nous garantit, sans parler de ce que l'avenir ajoutera.

Et à quoi tout cet arsenal de règlements servira-t-il ?

Ces entraves, ces ennuis imposés dorénavant à près de 2.000 médecins, et peut-être à tous, comme je vais le démontrer plus loin, sont-ils commandés par une nécessité nouvelle ou impérieuse ?

Cette réglementation devra-t-elle produire, pour le public, des résultats nécessaires, avantageux, attendus ?

Non assurément.

Il y a si peu de nécessité que les auteurs du projet n'oseraient pas faire suivre l'article 11 de tout ce qu'il comporte, et que, probablement, ils n'ont pas songé à toutes les conséquences de ce qu'ils ont écrit.

Les pharmaciens avec lesquels je me suis entretenu, au sujet de l'inspection, ne comprennent pas eux-mêmes la nécessité de cette sujétion pour les médecins.

Dans mon arrondissement, la commission est composée de deux Pharmaciens de 1re classe, ayant pour Président un Officier de santé.

Je ne veux pas contester les mérites et les capacités du Confrère, que je considère comme tout à fait à la hauteur de sa mission. Je puis supposer que sa présence comme Inspecteur, Contrôleur, Examinateur, pourrait bien déplaire à certains Docteurs.

L'inspection, quels que soient les titres des Inspecteurs, produira toujours l'effet d'un contrôle blessant, d'une inquisition indiscrète, d'une sorte de suspicion, peu pratiques dans leur application, très vexatoires pour les médecins, et tout à fait illusoire pour la sécurité du public.

Les Pharmaciens se trouvent dans des conditions toutes différentes. Ils doivent, et cela se comprend, posséder des médicaments préparés d'une manière identique, en vue d'un effet régulier.

Un contrôle sur leur manière de préparer, et sur leurs provisions est une nécessité comprise de tout le monde, admise par les Pharmaciens eux-mêmes.

Mais les médecins qui délivrent les médicaments à leurs seuls clients, qui n'ont pas même le droit d'en donner aux malades de leur Confrère, ont-ils besoin d'être surveillés ?

Et en quoi une surveillance, plus ou moins réelle, effectuée une ou deux fois par an, aura-t-elle une utilité ?

Les Pharmaciens en préparant leurs médicaments ne doivent avoir qu'un but : suivre aveuglément les procédés du codex.

Les médecins ne doivent avoir qu'un but : soulager ou guérir leurs malades avec des médicaments préparés n'importe comment, pourvu qu'ils soulagent ou qu'ils guérissent.

Les médecins ne dépendront jamais que de leur conscience. Ils n'admettront jamais que leurs médicaments qu'ils savent efficaces, ne sont bons qu'à jeter au ruisseau, et sont susceptibles d'y être mis séance tenante, parce qu'ils ne sont pas préparés selon les formules du Codex.

Et cette surveillance sera-t-elle bien facile dans la pratique ?

Les médecins en général, et surtout ceux qui habitent la campagne, ne sont pas sédentaires comme les Pharmaciens. Leur profession les oblige même à passer une bonne partie de leurs journées hors de leur domicile. D'un autre côté, les Inspecteurs n'ont pas l'habitude et ne pourront la prendre, d'annoncer par avance leur arrivée.

Qu'adviendra-t-il si le Praticien est absent ?

Le fait se produira 2 ou 3 fois sur 4.

De deux choses l'une ; ou bien les Inspecteurs s'éloigneront sans avoir rien inspecté, se contentant de toucher l'indemnité payée par le médecin, et la loi ne sera pas suivie.

Ou bien ils voudront inspecter quand même, et alors emploieront l'autorité de l'écharpe municipale et l'action du serrurier officiel.

Bel effet de la nouvelle loi !

De ces perspectives, non pas chimériques, mais susceptibles de se rencontrer, il adviendra, d'une part, que les médecins des campagnes perdront une partie de leur liberté et de leur dignité, et que d'autre part, le public auquel la loi semble s'intéresser, n'y gagnera rien, parce qu'il n'a rien à y gagner.

Les médecins se fixent de moins en moins dans les localités éloignées des villes.

C'est un fait évident que les législateurs déplorent et ne peuvent enrayer.

Ceux qui s'y trouvent encore, y sont retenus en grande partie par les avantages résultant de la vente des médicaments.

Si on supprime une part de leur liberté, si on les soumet dans leur commune aux mêmes inspections, aux mêmes sujétions que les épiciers leurs voisins, ou les petits revendeurs des villages, si on froisse leur dignité par des procédés ridicules, vexatoires, inutiles, on n'arrivera pas à en augmenter le nombre et à en faciliter le recrutement.

On aura voulu protéger le bon public des campagnes contre des dangers imaginaires, et on aura abouti à le priver totalement de médecins.

Et les médecins des villes qui auront probablement le droit de conserver et de vendre les médicaments urgents, les dispensera-t-on de la surveillance ?

Il ne sera pas facile d'appliquer la loi aux uns et d'en dispenser les autres. Et d'autant plus que la plupart des médicaments possédés et utilisés par les médecins de ville seront tous ou presque tous, ou des alcaloïdes ou des substances actives, c'est-à-dire presque tous poisons violents.

Vous voyez d'ici les conséquences de cette petite phrase à allure innocente, qui termine l'article 11 du projet de loi sur la pharmacie.

Quelques mots maintenant sur l'éloignement entre

les officines et les médecins autorisés à délivrer des médicaments.

Autrefois les limites des communes servaient de limite aux droits du médecin. Cela était tout simple. Personne ne se plaignait, pas même les pharmaciens.

Maintenant on veut une distance kilométrique.

Il faudra à l'avenir que le médecin ne se contente pas des cartes géographiques qui sont incomplètes, ou des bornes kilométriques qui n'existent pas partout. Il devra mesurer ou faire mesurer lui-même les distances.

Ou gare aux procès avec le pharmacien voisin, s'il s'est trompé de quelques mètres, ou s'il a été induit en erreur par un client ignorant ou rusé.

Pourquoi ne pas agir comme par le passé et dire dans la loi : *Le médecin pourra délivrer des médicaments à ses malades à la condition qu'il n'existe pas de pharmacie dans sa commune ou dans celle de ses malades.*

Cette formule ne gênerait pas les pharmaciens plus qu'autrefois, et elle empêcherait les difficultés et les procès qu'engendrera la nouvelle loi.

Deux mots aussi sur l'interdiction du cumul dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

J'admets bien ce principe.

Mais je constate une omission fâcheuse.

On accorde aux médecins qui ont aujourd'hui les deux diplômes, le droit d'exercer les deux professions.

Mais on oublie de parler des jeunes gens en cours d'études, qui sur la foi des précédents projets ont dépensé leur temps et leur argent pour l'obtention prochaine des deux titres.

On pourrait facilement et avec justice mettre dans la loi.

« *Les médecins pharmaciens précédemment reçus, ou les candidats en cours d'études pourront, par mesure transitoire, exercer les deux professions simultanément.* »

Très honoré confrère, je vous ai soumis mes modestes réflexions, parce que je sais que vous recevez avec déférence les idées que vous sont présentées et que vous y puisez, pour l'intérêt général, les propositions ou réclamations qui vous paraissent justes et utiles.

Vous consacrez avec empressement, et vos talents et vos influences au triomphe des revendications de vos confrères.

Peut-être, encore une fois, trouverez-vous moyen de faire modifier un projet de loi, qui, sous prétexte de régir les pharmaciens, nous enlève nos anciens droits, détruit une partie de nos libertés, et ne sert qu'à nous amoindrir.

Veuillez agréer, etc.

Dr AUBY.

Répartition des médecins et médecins d'Etat.

Monsieur le directeur,

Une lettre contenue dans le dernier numéro du *Concours médical*, m'a frappé.

Sous la signature Dr Y., elle dépeint une situation qui tend de plus en plus à devenir la règle. Dans mon canton, nous sommes 6 docteurs et 3 pharmaciens pour une population de 9,500 habitants. Et à chaque instant on parle de la venue prochaine de nouveaux confrères.

Que faire à cela, dira-t-on ? Deux choses. D'un côté, enrayer le mouvement qui précipite la jeunesse vers la carrière médicale ; de l'autre, faciliter le placement des médecins existants.

Pour atteindre le premier résultat, il ne s'agirait pas d'ennuyer les aspirants par des tracasseries oiseuses, mais il serait bon, urgent même, de ne pas recevoir un docteur en médecine, sans s'assurer par des épreuves cliniques, pratiques, multiples et sérieuses, de son aptitude à traiter tous les cas.

La quantité de docteurs qu'on lâche sur le monde, après des examens scientifiques sérieux mais des épreuves pratiques sommaires, est effrayant.

Ce ne sont pas pourtant des professeurs que l'on reçoit, mais des praticiens, avec droit de vie et de mort sur leurs concitoyens.

J'avais cinq ans d'internat quand j'ai été sacré docteur, et j'avais encore beaucoup à apprendre.

La vérité, c'est que l'on apprend aux dépens des clients.

On devrait créer un jury d'Etat, et il faudrait que nul ne fût admis à l'exercice de notre redoutable ministère, sans avoir prouvé, dans des épreuves nombreuses et variées, une aptitude et une habileté professionnelles indéniables.

On est plus exigent vis-à-vis des simples professeurs agrégés de collèges. Et pourtant, entre l'instruction et la vie des hommes, il n'y a pas de comparaison possible.

Cela allongerait un peu les études, et pourrait éloigner quelques fruits secs de la profession ? Le beau malheur !

L'on crie de tous côtés qu'on est débordé, et l'on s'ingénie à faciliter l'accès de la carrière médicale au plus grand nombre. Un peu de logique, s. v. p.

Maintenant, à côté de régions infestées de médecins, il y en a d'autres qui en manquent presque complètement. Il y a encore quelque chose à faire de ce côté.

Je comprends que les Sociétés particulières qui ont des charges, et dont ce n'est pas le rôle, hésitent à faire le nécessaire pour remédier à cette situation. Mais l'Etat, qui réclame de plus en plus notre concours, ne devrait-il pas, dans l'intérêt de tous, remettre à chaque récipiendaire un annuaire, revu tous les ans, contenant par canton le chiffre des habitants et le chiffre des médecins y exerçant.

D'un coup d'œil, chaque nouveau docteur verrait les régions où il aurait chance de vivre, et il n'aurait pas besoin d'avoir recours à des renseignements vagues, et trop souvent intéressés et trompeurs.

On n'a qu'à s'en aller, si l'on est mal, dira-t-on ! C'est très facile à dire, mais quand on est installé, marié, etc., c'est chose grave et coûteuse qu'un changement de résidence.

L'avenir, à mon avis, c'est la médecine d'Etat.

Le médecin, plus que bien d'autres fonctionnaires, devrait être payé par le budget.

N'est-ce pas triste que d'être obligé de devoir la plus grande partie de nos ressources aux malheureux !

En effet, les riches sont peu nombreux, et rarement malades. Ceux qui forment la masse de notre clientèle, sont les ouvriers, ceux qu'un chômage prolongé réduit rapidement à la gêne, à la misère. Et c'est à ceux-là, déjà doublement malheureux, qu'il faut, sous peine de prescription, se hâter de présenter sa note ! Les cultes, l'Instruction et bien d'autres services sont payés par l'Etat.

On répond généralement « les médecins fonctionnaires, jamais ». Mais qui parle ainsi ?

Des médecins amateurs, qui, les pieds chauds, le gousset garni, jugent avec sérénité, des choses qu'ils ne connaissent pas.

Vous prétendez que les médecins repoussent avec énergie le titre de fonctionnaires. Eh bien,

annoncez qu'il y a dans chaque département une place de médecin cantonal avec six mille francs de fixe, et vous verrez si les candidats manqueront !

C'est-à-dire qu'après quelques années de pratique à la campagne, 95 sur 100 médecins accepteraient une telle aubaine comme une faveur inespérée.

Il y a déjà trop de fonctionnaires, il est vrai ; mais à côté de trop nombreuses sinécures, honte et plaie de notre système gouvernemental, il est d'autres services nécessaires, urgents, qui ne sauraient être justement rétribués que par l'Etat, et le service médical est en tête de ceux-là.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mon dévouement.

Dr GUILLOU.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Vienne.

16 *Octobre* 1893.

Présents: MM. Pouliot, *président*, Berland, Bernard, Brossard, Buffet-Delmas, Chedevergne, Chargelègue, Chretien, Descubes, Dillay, Guilhaud, Guiet, Guitton, Houpert, Jablonski, Junin, Jourdanne, Lusseau, Litardière Louis, Michiels, Maillard, Malapert, Moreau, Marsat, Poisson, Pineau, Ponteil, Petit, Roland, Robin et Raguit.

Excusés: MM. Auché, Contancin, Dorvau, Granger et Litardière (Arthur).

Sont admis membres du Syndicat : MM. les Drs Cousin, *de Couhé* ; Poremski, *d'Angles* ; Constantin, *de Neuville* ; Motel, *de Jaulnay.*

Assistance médicale.

Au sujet du service gratuit d'assistance médicale fonctionnant dans le département de la Vienne depuis 1890, le Syndicat médical est d'avis de demander, pour qu'il n'existe plus de déficit dans le budget de ce service, que les listes d'indigents soient dressées d'une façon plus régulière dans les communes où le service fonctionne, et que tout membre d'une famille reconnue indigente soit inscrit individuellement sur la liste. De cette façon, chaque commune paiera 1 fr. 25 par membre d'une famille reconnue indigente, et l'on ne verra plus sept ou huit membres de la même famille soignés aux frais du service, bien que la commune ne paie que pour deux membres inscrits sur la liste.

Il résulte, de plus, de la discussion qui s'engage que la plupart du temps les maires négligent de convoquer les médecins pour la formation annuelle des listes, comme l'exige le règlement, et, en particulier, les docteurs Dillay et Guiet, du cercle de Loudun, protestent contre l'illégalité de la formation des listes par les municipalités, n'ayant jamais été convoqués à ce sujet depuis l'organisation du service.

Le Syndicat décide de nommer une Commission qui étudiera tous les desiderata du service de l'assistance médicale et qui présentera directement ses observations au Préfet de la Vienne. Sont nommés membres de cette Commission : les docteurs Chedevergne, Pouliot, Brossard, Lusseau, Roland, Chretien, Buffet-Delmas, Amirault, Guilhaud et Guillon.

Service militaire des étudiants.

Le Président rend compte du vœu émis dans sa dernière séance par le Conseil général de la Vienne, au sujet du service militaire des étudiants en médecine. Il s'agit d'obtenir pour les étudiants en médecine un sursis d'appel jusqu'à l'âge de 27 ans, et de leur faire faire leur service avec le grade de médecin auxiliaire, dès qu'ils auront obtenu leur diplôme de docteur ou qu'ils auront été nommés, au concours, internes dans une Faculté de médecine. Seize départements ont déjà émis des vœux analogues à celui du Conseil général de la Vienne.

Loi sur la pharmacie.

Au sujet de la loi sur l'exercice de la pharmacie, le Syndicat médical de la Vienne émet l'avis que, si l'on permet aux pharmaciens de vendre des médicaments sans ordonnances, il faut que la liste de ces médicaments soit dressée par une Commission nommée par l'Académie de médecine.

Il insiste aussi pour que les médecins aient le droit de fournir les médicaments à leurs malades, dès que ces malades sont à plus de 4 kilomètres du siège d'une pharmacie.

Sociétés de secours mutuels.

On aborde ensuite la question des rapports des médecins avec les diverses Sociétés de Secours mutuels. M. le Président fait observer qu'il serait bon que le Syndicat de la Vienne voulût bien adhérer à la Société de la ligue de la Prévoyance et de la Mutualité ; de cette façon, on pourrait assister, avec voix délibérative, aux réunions de cette ligue et plaider directement la cause des médecins auprès des Mutualistes, toujours prêts à demander beaucoup au Corps médical en le rétribuant le moins possible.

On décide que le Syndicat médical de la Vienne enverra son adhésion à cette Société.

Exercice par les médecins militaires.

Au sujet de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, M. le Président dit que dans l'affaire du docteur P..., le Syndicat médical de la Vienne n'a pas obtenu ce qu'il devait attendre des autorités militaires, après la circulaire si explicite du Ministre de la guerre, mais qu'il est impossible que cette circulaire reste lettre morte, et qu'il faut espérer que dans l'avenir elle sera observée par le Corps de Santé militaire.

Le Syndicat médical décide de nouveau que le docteur P..., médecin militaire, mis en disponibilité pour une infirmité temporaire, et faisant de la médecine civile d'une manière intensive, malgré la circulaire du Ministre de la guerre et malgré sa santé chancelante, reste exclu de toute consultation avec tous les médecins syndiqués du département de la Vienne.

Le Secrétaire,
Dr BROSSARD.

Syndicat médical de Douai.

30 *novembre* 1893.

Présents: MM. Sockel, *Président* ; Monnier, Lambilliotte, Pollet, Baude, Frey, Wigniolle, Toison, Desmoulin, Buisson, Thiéry, Martin, Plet, Vallée.

Excusé : M. Dransart (Somain).

Sociétés de secours mutuels.

Le secrétaire fait connaître qu'il a, le 27 juillet dernier, adressé la lettre suivante à chacun des membres du Syndicat :

« Pour permettre au bureau d'établir le travail qu'il doit vous soumettre lors de la prochaine assemblée générale, relativement aux Sociétés de secours mutuels, veuillez, je vous prie, m'adresser, le plus tôt possible, les renseignements suivants :

1° Statuts de la Société dont vous êtes le médecin ;

2° Nombre d'adhérents à votre Société ;

3° Quelle catégorie d'individus accepte-t-on à leur entrée comme adhérents ? Un individu présenté est-il admis ? Quel est le mode d'admission ?

4° Quel est le chiffre des honoraires alloués ?

2° Faites-vous les accouchements ? Si oui, quelle rémunération recevez-vous ?

6° Quel est en moyenne le nombre annuel de visites faites ?

« J'espère que, comprenant l'importance de cette question, vous voudrez bien me rendre réponse le plus tôt possible. »

Le nombre des réponses a été tellement restreint, qu'il a été de toute impossibilité au bureau de formuler la moindre proposition. Néanmoins, proposition est faite de répéter cette question à la prochaine séance, avec prière à ceux qui ne l'ont pas fait, d'adresser les renseignements au secrétaire. Cette motion est adoptée.

De l'intervention des médecins lors d'accidents sur la voie publique.

M. le président rappelle que cette question a déjà été traitée et qu'elle a reçu un accueil défavorable de la part des municipalités. Malgré les observations présentées par quelques membres, il pense qu'il n'y a pas lieu, vu les faibles avantages que peut rapporter cette situation, de s'aliéner des municipalités dont le concours pourrait être précieux pour des questions plus importantes, d'autant plus que le médecin pourra, dans certains cas, recourir aux patrons des ouvriers pour se faire rémunérer.

Cette proposition est adoptée.

Rapports des médecins syndiqués avec les médecins non syndiqués.

M. Monnier propose, en thèse générale, que l'on restreigne le plus possible ses relations avec les médecins non syndiqués. Chacun de ceux-ci a reçu une ou plusieurs invitations à faire partie du Syndicat ; les statuts qui nous régissent n'imposent aucune règle draconienne, ils ne réclament qu'une règle de conduite absolument digne et confraternelle. Donc il y a lieu d'examiner la question de savoir, si tout rapport confraternel ne devrait pas être rompu avec ceux qui ne veulent pas être des nôtres.

M. Buisson ne partage pas l'avis de M. Monnier. Il estime qu'il y a grand danger à mettre à l'index trop de malades et trop de confrères. Cela nous est nuisible, l'opinion publique se soulèvera contre nous ; il ne faut pas faire trop de lois dans un Syndicat, c'est le seul moyen qu'on n'obéisse à aucune. Pour lui, il déclare ne refuser de rapports avec un médecin non syndiqué que dans les cas où ce médecin se serait incorrectement conduit. Il propose donc au Syndicat de laisser à chacun sa pleine et entière liberté à cet égard.

M. Sockel fait en outre remarquer, appuyant en cela la thèse de M. Buisson, que si la chose est possible quand on est entouré de médecins syndiqués, elle devient d'une impossibilité absolue quand on est voisin de médecins non syndiqués. Il est partisan de laisser à chacun son libre arbitre à cet égard.

M. Monnier répond à ces objections que l'opinion publique a dit ce qu'elle avait à dire, que les membres du Syndicat doivent être solidaires les uns des autres, et que si le Syndicat a pour mission de défendre les intérêts en général, il doit aussi en partculier favoriser ses adhérents en facilitant leur mission. Il considère cela comme un devoir.

M. Toison pense qu'il y a plutôt lieu, selon lui, d'établir à ce sujet des conventions locales et non des conventions généralisées au Syndicat tout entier.

Un membre demande que le secrétaire écrive à nouveau à ce sujet à tous les confrères non syndiqués en leur demandant leur adhésion.

M. le secrétaire répond que cela a déjà été fait plusieurs fois, qu'il n'a pas reçu de réponse et que, pour lui, il se refuse à le faire à nouveau.

M. Buisson appuie ce refus.

La discussion est close sans qu'aucune délibération ferme ait été prise à ce sujet.

Le Secrétaire, Dr POLLET.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons publié la décision du Conseil de surveillance dans l'affaire *Terrier-Papillon*. Elle était unanime et nous croyions n'avoir point à y revenir. Mais, d'après l'*Éclair*, les internes des salles de garde soussignés protestent énergiquement contre la mesure disciplinaire prise par le conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date du 21 juin, à l'égard de leur collègue Papillon, pour avoir publié des documents de justification, après avoir rempli son devoir, en admettant une fracture dans le service de M. Terrier, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital Bichat.

Ont signé, les internes des salles de garde de :

L'hôpital Cochin, la Charité, Hôtel-Dieu, la Pitié, Saint-Louis, Saint-Antoine, Bicêtre, Laënnec, Baujon, Salpêtrière, Trousseau, Ivry, Ricord, Lourcine, Enfants-Malades, Enfants-Assistés, Sainte-Périne, etc.

Association de la Presse médicale.

Assemblée du 6 juillet 1894.

Le troisième dîner statutaire pour l'année 1894 a eu lieu le 6 juillet 1894, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil. 19 membres assistaient à cette séance.

M. Meyer a annoncé le décès de M. Gillet de Grandmont, ancien membre de l'Association. MM. Delefosse, H. Fournier et Chevallereau ont fait leur rapport sur les candidatures de M. le Dr Lutaud, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Paris* ; M. le Dr Meugy, rédacteur en chef du *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France* ; M. le Dr Gourrichon, rédacteur du *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine*. MM. Lutaud, Meugy et Gourrichon ont été nommés membres de l'Association.

Il a été décidé, d'après un projet ancien, que l'Association de la presse médicale s'adjoindrait, à titre de *correspondants étrangers*, les directeurs de *journaux étrangers publiés en langue française*.

M. Doléris a signalé à l'Association certains faits

qui se sont passés récemment à la station thermale de Cauterets. On a refusé d'une façon catégorique des cartes gratuites à plusieurs médecins qui s'y étaient rendus pour suivre le traitement.

MM. Laborde et Baudouin, président et rapporteur de la sous-commission nommée à la dernière réunion dans le but d'élaborer un projet de *Comité international de la Presse*, ont communiqué les statuts et réglements qu'ils ont rédigés au nom de cette sous-commission. Après quelques modifications de détails apportés à la rédaction primitive, ces statuts et réglements ont été adoptés à l'unanimité.

Le Secrétaire général, Marcel BAUDOUIN.

Nous donnerons dans le prochain numéro le projet de statuts.

— M. le Dr *Paul Berger*, chirurgien des hôpitaux de Paris et agrégé de la Faculté de Médecine, est nommé professeur de Clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, dans l'ancienne chaire des Lisfranc, Verneuil et Le Fort.

— M. le docteur Pozzi a été élu conseiller général pour le canton d'Issigeac (Dordogne).

— Sur la proposition du baron Blanc, ministre des affaires étrangères, M. le docteur J. Comby, médecin de l'hôpital Tenon, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de la Couronne d'Italie.

— *Un singulier jugement.* — Notre confrère l'*Union médicale* rapporte un jugement qui nous paraît fort singulier et peu rassurant pour l'avenir, étant donnée la manière dont les magistrats comprennent la loi Chevandier.

La femme Blin, condamnée au Mans, a fait appel et a été acquittée à Angers. Voici les considérants :

« Considérant, dit le jugement, que de l'examen du dossier il résulte que l'inculpée s'est uniquement bornée, vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins, à pratiquer sur elles, par-dessus leurs vêtements, des passes magnétiques, à appliquer sur le bras du sieur Hermange un barreau magnétique et à conseiller à la plupart comme boisson l'emploi d'eau aimantée ;

« Considérant que si, sous l'empire de la loi de ventôse an XI qui ne définissait pas l'exercice illégal de la médecine, ces faits pouvaient être réprimés, il n'en saurait être de même depuis la loi du 30 novembre 1892 qui a défini, quoique en termes assez vagues, ledit exercice illégal ;

« Considérant, en conséquence, que la veuve Blin, en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus relatées et en conseillant l'absorption d'eau aimantée, ne saurait être considérée comme ayant exercé un traitement ou prescrit des médicaments de nature à entraîner contre elle les peines édictées par la loi de novembre 1892. »

D'après la nouvelle loi, en effet, le massage et l'hypnotisme sont des pratiques permises et certains magistrats ne condamneraient plus pour exercice illégal de la médecine des personnes n'ayant pas prescrit de médicaments.

— *Congrès international de la protection de l'enfance.* — Le comité d'organisation du Congrès international de la protection de l'enfance vient de se constituer.

Il a décidé que le Congrès s'ouvrirait à Bordeaux, le 22 juillet 1895.

Il se divisera en trois sections :

1° Section de protection physique, dans laquelle on étudiera les questions concernant les Sociétés de protection, de charité maternelle, les crèches, les hôpitaux d'enfants, les sanatoria, etc. ;

2° Section de protection morale, où seront particulièrement étudiées les questions se rattachant à l'enfance abandonnée, les patronages, les orphelinats, les colonies agricoles, etc. ;

3° Section de protection administrative, dans laquelle sera mise à l'ordre du jour l'étude de la loi Roussel et toutes les questions de protection qui seront d'un grand intérêt pour nos confrères les médecins inspecteurs.

— *L'hôpital Boucicaut.* — Au conseil municipal MM. Daniel et Moreau viennent de protester contre les lenteurs apportées à la construction de l'hôpital Boucicaut. Et M. le directeur de l'Assistance publique a exposé que l'administration n'y était pour rien. Bien que le devis dépasse les deux millions indiqués au programme mis au concours, il a demandé au conseil de surveillance de l'Assistance publique de ne point exiger un nouveau remaniement du projet. Dans sa prochaine séance, le conseil de surveillance émettra, espère M. Peyron, un avis favorable. Le conseil municipal sera ensuite saisi assez tôt pour que l'affaire vienne en délibéré dans la session actuelle. Un ordre du jour de MM. Daniel et Ernest Moreau, invitant le directeur de l'Assistance publique à faire le nécessaire pour que l'hôpital Boucicaut soit commencé cette année, a été adopté.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3922.— M. le docteur MOITIEZ, de Crouy-sur-Ourcq (S.-et-M.), présenté par MM. les Docteurs Charpentier de Meaux, et Tabard, de Vareddes.

N° 3923. — M. le docteur PETIT, de Neufchatel-en-Bray (Seine-Inférieure), membre de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

De l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus, opération de PÉAN ; étude basée sur les 200 premières observations du Dr Paul SEGOND, professeur agrégé, Chirurgien de la Maison municipale de Santé, par le Dr Emile BAUDRON, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris, avec une préface du Dr Paul SEGOND et 38 figures dont 12 hors texte. Prix : 10 francs. Net pour MM. les membres du Concours, huit francs franco.

Après un historique complet de la question, l'auteur étudie avec détail, dans un deuxième chapitre, le manuel opératoire applicable à l'opération de Péan. Les divers procédés de Péan, de Segond, de Quénu, de Doyen, y sont successivement décrits. Douze figures originales, hors texte, reproduisent avec fidélité les différents temps de l'opération exécutés d'après le procédé de Segond.

Le chapitre III contient l'exposé des résultats immédiats et des résultats éloignés de l'opération de Péan. Ces résultats, comme l'auteur a pris soin de l'indiquer, ont pour base exclusive les 200 premières observations du Dr Segond dont 138 opérées ont été retrouvées après un temps variant de 3 ans 1/2 à 3 mois.

Le chapitre IV est consacré au parallèle de l'opération de Péan avec les diverses interventions appliquées aux lésions des annexes. La plus grosse part est faite à la laparotomie.

Le chapitre V, celui des indications et des contre-indications de l'opération de Péan, est la conclusion naturelle des deux chapitres précédents.

Si l'on ajoute que cet ouvrage est précédé d'une préface du Dr Paul Segond, qu'il contient 38 figures dont 12 hors texte, 200 observations inédites in extenso, une bibliographie complète, on peut affirmer avec le Dr Segond que « le travail de M. Baudron a toutes les qualités d'une étude mûre et complète qu'on peut lire avec l'assurance d'y trouver l'impartial exposé de l'état actuel de la question et tous les documents voulus pour la juger en connaissance de cause ».

P. S. — Cet ouvrage, le plus complet sur le sujet, n'ayant été tiré qu'à petit nombre, prière d'adresser les demandes de suite.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 30 28 Juillet 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSOCIATION AMICALE

AVIS. — Les Membres de l'Association Amicale des Médecins Français qui n'ont pas encore versé leur cotisation du second semestre 1894 sont instamment priés de l'adresser sans retard au trésorier, M. le Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

Tout retard après le 31 Juillet suspend le droit à l'indemnité.

LE SERVICE MILITAIRE

des Etudiants en Médecine et en Pharmacie

Réforme urgente qu'il convient d'apporter à son fonctionnement en vue des besoins sanitaires de l'armée, par le docteur Salomon, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires, retraité.

Nous recommandons à nos lecteurs la lecture du remarquable travail de notre excellent collaborateur, le Dr Salomon, dont ils connaissent la compétence sur les sujets militaires.

En considération de l'importance de la question traitée, nous avons jugé opportun de ne pas scinder cette étude, et nous la publions intégralement. Nous prions instamment les Membres du Concours de remettre ce numéro à leur Député, pendant les vacances parlementaires. C'est leur procurer le moyen facile de favoriser l'heureuse solution d'une question qui présente un si grave intérêt pour notre profession et surtout pour l'armée Française.

(*Note de la Direction.*)

Avant-Propos.

Ces quelques pages résument et complètent une série d'articles qui ont paru, en août et en septembre 1892 dans le « Concours médical », sous ce titre : « *Le service militaire des étudiants en médecine et en pharmacie.* »

En publiant les impressions que nous avait suggérées le fonctionnement de ce service, tel qu'il a été institué par la décision ministérielle du 7 octobre 1890, nous avions pour but de signaler le danger qu'entraînerait inévitablement pour les malades et les blessés de l'armée en temps de guerre le maintien de cette décision.

Nos efforts n'étaient pas isolés, car, à la

même époque, la presse médicale ne cessait de réclamer, pour le service militaire des étudiants en médecine et en pharmacie, une réforme dont l'urgence n'était que trop motivée. Eclairée par les poignantes révélations du médecin principal Chenu sur les causes de nos désastres sanitaires en Crimée et en Italie, l'opinion publique demandait, avec la plus vive impatience, que l'on prît les dispositions nécessaires pour garantir les malades et les blessés de l'armée contre le retour de semblables éventualités. Chacun avait la conviction que ce résultat ne pouvait être obtenu qu'en donnant, aux médecins et aux pharmaciens du cadre auxiliaire, une instruction technique spéciale sans laquelle le service de santé en campagne ne saurait être assuré.

C'est surtout à l'occasion des manœuvres du service de santé, qui ont eu lieu en 1893, que la nécessité de cette instruction technique s'est manifestée dans toute son évidence. En voyant avec quelle perfection ces manœuvres étaient exécutées et avec quelle habileté elles étaient dirigées, les médecins de la réserve et de la territoriale n'ont pu se faire illusion sur la difficulté qu'ils auraient à coopérer, en temps de guerre, à un service auquel ils n'ont été nullement préparés, difficulté d'autant plus fâcheuse pour la discipline, qu'étant appelés à avoir, sous leurs ordres, des officiers d'administration, ils seraient forcément dans le cas de se montrer novices et inexpérimentés aux yeux de leurs subordonnés.

La presse médicale, en cette circonstance, n'a pas failli à ses traditions de vigilance et de patriotisme. Dans tous les corps d'armée où ces manœuvres ont été exécutées, elles ont donné lieu aux mêmes appréciations. Nous citerons à ce sujet un travail de M. le Docteur Cellier, président du Syndicat de la Mayenne, qui, dans un compte rendu des manœuvres qu'il a suivies au Mans, a mis en relief tous les défauts de la situation actuelle et les réformes dont il importe de ne pas différer la réalisation.

Malgré les avertissements, sans cesse réitérés de la presse, malgré les manifestations de l'opinion publique représentée par le Concours médical, par les syndicats médicaux, le syndicat de la presse médicale et un grand nombre de conseils généraux, aucune satisfaction n'a encore été donnée aux légitimes préoccupations du pays sur le sort de ceux de nos soldats qui, au cours d'une guerre, viendraient à être blessés ou atteints de maladies infectieuses.

L'instruction technique, donnée au personnel de santé auxiliaire, a jusqu'ici consisté à faire connaître, aux officiers de ce service, le poste qui leur est assigné en cas de mobilisation et à les convier, comme spectateurs bénévoles, aux manœuvres du service de santé de l'armée active. Là se borne toute leur préparation, aux fonctions, dont ils seront chargés en campagne.

Fort heureusement, il vient de se constituer, sous le nom de réunion extra-parlementaire, une réunion exclusivement composée de tous les médecins appartenant à nos assemblées parlementaires. Cette réunion a mis en tête des questions qu'elle se propose d'étudier : « Le service militaire des étudiants en médecine et en pharmacie. »

La composition de cette réunion nous garantit que ni la compétence, ni le patriotisme ne feront défaut aux discussions dont cette question sera l'objet et on est en droit d'espérer que la solution qui en résultera, fera justice des obstacles que la décision ministérielle du 7 octobre 1890 susciterait, en campagne, à l'accomplissement des devoirs du personnel de santé auxiliaire envers l'armée.

§ I. — Le service militaire des étudiants. — Nécessité d'en modifier les conditions actuelles.

La décision ministérielle du 7 octobre 1890, déterminant les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et en pharmacie accomplissent leur année de service militaire, a été, depuis le jour de sa mise en vigueur, l'objet de très vives critiques de la part de ceux qui ont été témoins de son application. Dans le monde médical, particulièrement, cette décision a causé la plus pénible surprise, car elle est aussi nuisible aux études médicales qu'aux intérêts de l'armée.

L'objectif de cette décision aurait dû être :

1° De donner à l'armée le plus grand nombre possible de médecins, au jour de la mobilisation ;

2° De développer, chez ces médecins, l'instruction spéciale, qui leur est indispensable pour l'exécution du service, dont ils seront chargés en campagne.

Tout autre est le résultat auquel aboutit l'application de cette décision.

Pour s'en convaincre, il suffit d'un instant d'attention sur l'instruction militaire que reçoivent, pendant leur année de service, les étudiants en médecine et en pharmacie.

Aux termes de la décision ministérielle du 7 octobre 1890 « quel que soit le nombre de leurs « inscriptions, ils sont, pendant les six premiers « mois de leur présence, exclusivement soumis « aux obligations de service imposées aux hom« mes de leur classe. »

En raison même de sa bizarrerie, cette prescription ministérielle échappe à toute appréciation. Comment en effet s'expliquer que le meilleur moyen de développer, chez un futur médecin, l'aptitude à exercer son art dans l'armée, consiste à lui faire interrompre ses études professionnelles pour lui enseigner un métier qu'il ne pratiquera jamais.

Le deuxième paragraphe de cette décision est ainsi formulé : « A partir du deuxième semestre « ils suivent les cours et exercices spéciaux aux « infirmiers et brancardiers régimentaires et « des conférences sur le service de santé en « campagne. »

Pour être complètement fixé sur l'emploi du temps des étudiants en médecine et en pharmacie pendant ce deuxième semestre, il importe d'être au courant de la particularité suivante :

Dans les corps de troupe, les cours d'infirmiers et de brancardiers sont suivis par les musiciens et des élèves désignés parmi les ouvriers tailleurs et cordonniers. Le programme de ces cours comporte des questions essentiellement primitives : relever et transporter un blessé, combattre une syncope, appliquer un pansement sur une plaie, etc. Les notions théoriques données par les médecins-majors, chargés de ces cours, sont nécessairement aussi des plus élémentaires, afin d'être mises à la portée d'auditeurs, en général, peu favorisés sous le rapport de l'instruction primaire et de la culture intellectuelle.

Tel est l'enseignement que les étudiants en médecine et en pharmacie, pendant leurs six derniers mois de service, sont tenus de suivre en commun avec les infirmiers et les brancardiers de leur régiment.

Comment a-t-on pu oublier que toutes les matières qui font l'objet de ces cours sont parfaitement connues des étudiants, si peu avancés qu'ils soient dans leurs études ? Ignore-t-on qu'ils ont été pour la plupart élèves des hôpitaux ? Qui pourrait contester que le temps consacré à leur faire connaître les manuels du brancardier et de l'infirmier, serait, dans l'intérêt de l'armée, beaucoup mieux employé, par eux, à suivre les cours et les cliniques de la faculté, afin d'y acquérir les connaissances nécessaires à l'accomplissement de leurs devoirs envers les soldats malades ou blessés en temps de guerre ?

En résumé, pendant leur année de présence sous les drapeaux, les étudiants en médecine et en pharmacie ne rendent aucun service à l'armée et subissent une perte de temps des plus préjudiciables à leurs études.

Il y a donc un progrès incontestable et urgent à réaliser, en substituant, à la décision ministérielle du 7 octobre 1890, des conditions qui sans infliger aux étudiants en médecine et en pharmacie la perte d'une année d'études, leur permettraient de se conformer à la loi du recrutement.

Les considérations qui suivent montreront que cette réforme, réclamée par les besoins de l'armée s'impose également au nom de la loi militaire qui nous régit.

§ II. — Motifs résultant de la loi sur le recrutement de l'armée.

La loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, en appelant sous les drapeaux tous les citoyens Français reconnus aptes au service, a eu pour but de donner satisfaction aux intérêts les plus pressants et aux aspirations les plus élevées du pays. Mais il importait aussi que cette loi ne fut pas un obstacle à l'exercice d'un certain nombre de carrières, qui, en raison des longues études qu'elles exigent, auraient été incompatibles avec le service de trois ans.

L'article 23 dont nous donnons, ci-dessous, un extrait, résout la difficulté en limitant à un an la durée du service actif dans un certain nombre de cas déterminés.

Art. 23 de la loi du 15 juillet 1889. « En temps « de paix, après un an de présence sous les dra- « peaux, sont envoyés en congé dans leurs « foyers, sur leur demande, jusqu'après leur « passage dans la réserve :

« 1° Les jeunes gens qui contractent l'engage- « ment de servir pendant dix ans dans les fonc- « tions de l'instruction publique, etc., etc.

« 2° Les jeunes gens, qui ont obtenu ou qui « poursuivent leurs études en vue d'obtenir, « soit le diplôme de licencié ès-lettres, ès-scien- « ces, de docteur en droit, de docteur en méde- « cine, de pharmacien de 1re classe, etc., etc...

....

En prescrivant un an de service pour les jeunes gens, qui appartiennent aux catégories visées par l'art. 23, la loi du 15 juillet 1889 a voulu mettre ces jeunes gens en état de figurer dans les rangs de l'armée, au jour de la mobilisation et d'y remplir les devoirs qui s'imposent à tous les Français. Dans cet ordre d'idées, les devoirs du médecin, en temps de guerre, consistant dans la pratique de son art vis à vis des malades et des blessés de l'armée, l'instruction qu'il y a lieu de lui donner, pendant son année de service, doit avoir pour objet *exclusif* de le préparer aux fonctions qu'il aura à remplir en campagne. C'est assurément ainsi qu'aurait dû être interprété l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Une décision ministérielle destinée à assurer l'exécution d'une loi, doit nécessairement s'inspirer de l'esprit de cette loi. Or c'est précisément le contraire qui s'observe dans la décision du 7 octobre 1890.

Conçue dans un esprit essentiellement rétrograde, elle est la négation absolue des dispositions libérales formulées par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

§ III. — Motifs basés sur les intérêts sanitaires de l'armée.

En constatant que tous les jeunes gens qui font partie des catégories visées par l'article 23, sont, pendant leur année de présence, instruits et exercés dans la pratique du service, dont ils seront chargés en temps de guerre, il est permis de se demander pourquoi les étudiants en médecine et en pharmacie, seuls, ont été exceptés de cette mesure.

Serait-ce que le service de santé en campagne présente trop peu d'importance pour qu'il soit nécessaire de s'y préparer ?

Cependant, de l'aveu des maîtres les plus autorisés de la médecine militaire, une instruction technique spéciale est indispensable au médecin appelé à pratiquer aux armées. « Il existe « une médecine particulière pour le soldat, « comme il existe une chirurgie spéciale, la chi- « rurgie de bataille. » (Didiot, code des officiers de santé de l'armée de terre, p. 254).

Dans une énumération des qualités indispensables au médecin d'armée, un chirurgien militaire des plus éminents a montré quelle serait, en campagne, l'attitude d'un médecin qui ne connaîtrait qu'imparfaitement les obligations de son service. « Il faut qu'il ait acquis une ha- « bitude, une instruction, pour remplir conve- « nablement ce que sa position exige de lui...... « Qui ne voit déjà que ce praticien, quelqu'esti- « mable qu'il soit, paraîtrait nouveau et embar-

« rassé dans le tumulte des combats ? (Gama, cité par Didiot, même ouvrage, p. 234).

Le service de santé, en effet, exige de ceux qui sont chargés de concourir à son exécution, au cours d'une campagne, une expérience pratique, une connaissance de détails que seule peut donner une préparation sérieuse.

Aucun doute ne subsistera à cet égard, pour peu que l'on ait une idée exacte des attributions multiples, qui caractérisent le rôle des médecins aux armées.

Parmi ces attributions, l'une des plus importantes consiste à prévenir l'invasion de ces formidables épidémies qui, dès l'ouverture d'une campagne, ont une si grande tendance à se déclarer au sein des agglomérations militaires. Comment les médecins de réserve pourront-ils, dès les premiers jours d'une mobilisation, être à la hauteur de cette tâche, s'ils n'y ont été préparés par l'observation des maladies particulières à la vie du soldat, s'ils n'ont pris l'habitude de rechercher les causes de ces maladies, s'ils n'en ont étudié la prophylaxie, s'ils n'ont, en un mot, pratiqué la médecine d'armée pendant leur année de service ?

Pour faire ressortir l'importance du rôle qui est réservé, en campagne, à la médecine préventive, il suffit de rappeler que, dans l'armée française, pendant la guerre de Crimée pour 20.000 hommes, dont la mort a été causée par le feu de l'ennemi, le nombre de ceux qui ont succombé aux atteintes de maladies infectieuses a été de 75.000. « Avec des précautions et des « soins, on pouvait prévenir ou arrêter dès le dé- « but ces terribles épidémies et conserver à la « France un grand nombre de ses enfants. » (Chenu. Mortalité dans l'armée. P. 237).

« Le point important en campagne étant la « conservation des hommes, et partant le main- « tien de l'effectif combattant, on n'arrivera à ce « résultat qu'en cherchant à prévenir et à com- « battre, dès le début, les causes imminentes de « réduction, les maladies, qui déciment les régi- « ments. » (Chenu, id. P. 16).

Souvent, dit Biron : « Une précaution prise à « propos, un simple changement dans la posi- « tion des soldats campés ou cantonnés, une lé- « gère modification dans le régime alimentaire, « dans leurs boissons, dans leurs vêtements ou « dans leurs exercices, ont suffi pour préserver « un grand corps de troupe des influences les « plus pernicieuses et le mettre à l'abri des épi- « démies meurtrières ». (Recueil des mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires, 1re série. T. 3).

Au souvenir des épidémies, qui ont ravagé nos armées à des époques où les effectifs étaient bien loin d'atteindre les chiffres actuels, car l'armée française de Crimée (1855 et 1856) comptait 145.000 hommes en moyenne et celle d'Italie (mai et juin 1859) en avait 160.000, on ne peut se défendre d'une bien vive inquiétude sur le sort des millions d'hommes que la prochaine guerre mettra en mouvement. A quelle effroyable mortalité, par maladies infectieuses, ne seront pas exposés un grand nombre de nos soldats, même avant la période de concentration, si dès les premières heures de l'entrée en campagne, les officiers du corps de santé ne déploient l'activité la plus énergique pour parer à toute imminence d'épidémie susceptible de se produire sur les divers points du territoire affectés à des rassemblements de troupe !

Est-il nécessaire d'attendre ce moment critique, pour acquérir la conviction que les médecins de réserve ne peuvent se passer d'une instruction technique spéciale leur permettant d'accomplir avec succès cette œuvre de médecine préventive, et n'est-il pas rationnel d'utiliser à ce point de vue leur année de service ?

Des devoirs d'un autre ordre s'imposent également aux médecins militaires. Quel que soit leur grade, à quelque formation sanitaire qu'ils appartiennent, ils ne peuvent se dispenser de posséder, en législation et en administration militaires, des notions dont l'application se présente à tout instant au cours d'une campagne. Qu'un médecin de réserve soit invité par le commandement, à se prononcer sur les mesures qu'il convient de prendre à l'égard d'un militaire devenu provisoirement ou définitivement impropre au service, n'est-il pas dans l'obligation absolue de connaître les conséquences que comporte, au point de vue administratif, la situation de ce militaire, et ne doit-il pas après avoir procédé à l'examen des maladies, blessures ou infirmités soumises à son appréciation, pouvoir décider s'il y a lieu de le proposer pour la non activité, la réforme ou la retraite ? N'est-il pas tenu de savoir quelles sont les pièces à établir pour chacun de ces cas en particulier et les règles à suivre dans le libellé de ces pièces ?

Cependant l'instruction militaire qui lui a été donnée pendant son année de service, en vertu de la décision ministérielle l'a systématiquement laissé étranger à la pratique des actes administratifs, dont l'accomplissement exige l'intervention des officiers du corps de santé. Il en résulte, pour lui, une incompétence dont la responsabilité ne saurait lui être attribuée, mais dont il n'est que trop facile de prévoir les suites fâcheuses.

« En matière de réforme, de recrutement, de « congé, la nature des choses, bien plus que le « règlement écrit, constitue les officiers de santé « en arbitres et confie, à leurs lumières et à leur « conscience, les intérêts les plus importants « des personnes, des familles et du trésor pu- « blic. » (Bégin, études P. 331).

Tout médecin de réserve peut être appelé, au cours d'une campagne, à devenir chef d'ambulance ou d'hôpital. A ce titre il sera chargé de tenir des registres réglementaires, d'établir des états statistiques et des rapports périodiques. Il aura, en outre, à entretenir une correspondance suivie avec la direction du service de santé et avec le commandement. Comment s'acquittera-t-il de cette besogne, s'il n'y a pas été initié préalablement ? Est-ce au moment de prendre la direction de son service, qu'il se mettra en mesure d'acquérir les connaissances qui vont lui devenir indispensables ?

Ces notions administratives ne pouvant s'obtenir que par la pratique, il en résulte l'indication formelle de donner cette instruction, aux médecins de réserve, en les faisant participer, d'une manière effective, à l'exécution du service de santé pendant leur année de présence sous les drapeaux.

Cet aperçu sommaire des obstacles que le médecin rencontrerait, en temps de guerre, dans l'accomplissement de ses devoirs, si la décision

ministérielle était maintenue, démontre suffisamment qu'il est urgent de modifier les conditions dans lesquelles s'effectue le service des étudiants en médecine.

Ces modifications sont réclamées, avec non moins d'urgence, par le service de la pharmacie aux armées.

Les fonctions que les pharmaciens ont à remplir en campagne, leur imposent la connaissance du formulaire pharmaceutique militaire et la pratique des analyses appliquées à l'hygiène et aux expertises dans l'armée. Ils ont en outre, aux hôpitaux de campagne et aux ambulances, un rôle considérable, consistant à seconder l'action chirurgicale par la préparation de solutions antiseptiques destinées aux pansements des blessés et des opérés. La conservation de nombreux milliers d'hommes dépend de la bonne exécution de ce service. Rien ne doit donc être négligé pour porter à leur plus haut degré de développement la valeur scientifique et l'habileté pratique du personnel chargé de ce service. Ce résultat sera facilement obtenu en faisant collaborer les élèves pharmaciens au service journalier de la pharmacie, dans les hôpitaux militaires, pendant leur année de présence.

C'est par une remarque relative à l'instruction équestre des officiers du corps de santé, que nous terminerons ce qui a trait à la préparation spéciale, qui leur est nécessaire.

De tous les officiers qui sont appelés à accomplir leur service, aux armées, en qualité d'officiers montés, les médecins et les pharmaciens de réserve seuls ne reçoivent pas l'enseignement de l'équitation pendant leur année de présence.

Il serait facile de prévenir les conséquences fâcheuses de cette anomalie, en profitant de l'année de service des médecins et pharmaciens militaires pour leur faire suivre des cours d'équitation.

§ IV. Motifs basés sur le principe du service personnel obligatoire.

Des arguments non moins puissants en faveur de la suppression que nous demandons, ont été développés dans le rapport établi, en 1872, par la commission chargée de présenter, à l'Assemblée nationale, un ensemble de dispositions législatives sur le recrutement et l'organisation de l'armée. Dans ce rapport qui concluait au rétablissement du service obligatoire en France, nous voyons que la pensée dominante du législateur était, tout en appelant tous les citoyens sous les drapeaux, de ne troubler aucune carrière sans utilité pour l'armée. Exemple : « En « disant que tout Français doit le service mili« taire personnel, nous voulons convier chacun « à s'y préparer d'avance, à s'épargner à lui« même ou à abréger les ennuis de son instruc« tion militaire et à en diminuer les dépenses « pour l'Etat.

« Mais c'est par un autre ordre de considéra« tions peut-être plus générales, plus élevées et « que vous avez déjà pressenties, que nous te« nons à proclamer le principe du service obli« gatoire.

« C'est d'abord un hommage rendu au senti« ment d'égalité, dont nous sommes bien loin « de vouloir exagérer les conséquences jalouses, « envieuses qui abaissent tous les niveaux, mais « dont nous voulons au contraire nous servir « pour élever toutes les âmes. »

Le texte de ce passage est trop clair pour qu'on puisse se méprendre sur le sentiment qui l'a inspiré. Il est en contradiction formelle avec la mesure qui impose aux étudiants en médecine et en pharmacie une interruption d'un an dans leurs études.

Dans la suite de ce rapport, on remarque la phrase suivante, dont la signification ne peut échapper à personne.

« Tous les jeunes gens, de chaque classe, sont « astreints à un service effectif, qui les met à « même de venir dans les rangs tout instruits et « préparés, le jour où il faut les rappeler. »

C'est donc en conformité de la loi militaire que les médecins de l'armée doivent être, pendant leur présence sous les drapeaux, pourvus de l'instruction et de la préparation qui leur sont nécessaires en campagne.

En poursuivant la lecture de ce précieux document nous trouvons, pour ainsi dire, à chaque ligne, la preuve de la contradiction qui existe entre la décision ministérielle du 7 octobre 1890 et la loi sur le service obligatoire personnel. En veut-on un nouvel exemple ?

« L'un des résultats de cette loi sera d'offrir à « tous ceux qui se destinent à des carrières civi« les, ou qui ont fourni les preuves d'une instruc« tion acquise, d'un travail utile, les moyens de « poursuivre de sérieuses études sans s'affran« chir de leur dette envers le pays. »

Comment n'a-t-on pas compris que ces sérieuses études sont précisément pour les étudiants en médecine celles qui concernent leur dette envers le pays ; et qu'en retardant ces études, on empêche les étudiants en médecine et en pharmacie de s'acquitter d'un devoir patriotique ? L'instruction qu'ils reçoivent dans les facultés n'est-elle pas celle que leur demande l'armée ? Pour eux les devoirs professionnels ne se confondent-ils pas avec les devoirs militaires ?

Autre exemple. « L'éducation militaire doit « être complète, selon les armes et selon les be« soins du service. »

Est-il nécessaire de commenter cette phrase pour faire comprendre que, dans l'esprit de la loi, le service militaire des étudiants en médecine et en pharmacie doit être accompli dans des conditions diamétralement opposées à celles prescrites par la décision ministérielle ?

Le rapport auquel nous faisons allusion ayant une trop grande étendue pour que nous puissions le reproduire en totalité, nous terminerons par le paragraphe suivant, relatif à l'instruction à donner aux diverses catégories d'hommes présents sous les drapeaux.

« Que les hommes qui composent l'armée « n'aient à s'occuper que de se perfectionner « dans leur art, dans leur métier. »

Inutile d'insister sur l'interprétation que la décision ministérielle a donnée à ce vœu du législateur.

Ce rapide regard jeté sur le rapport présenté à l'Assemblée nationale par la commission qui était chargée de rétablir le service obligatoire, suffit pour montrer qu'en réclamant la suppression de la décision ministérielle, qui régit le service militaire des étudiants en médecine, on ne demande pas une modification à la loi du recrutement, mais le retour à l'esprit de cette loi.

§ V. — Motifs basés sur le grand nombre de blessés, qui succombent aux ambulances faute de secours par suite de l'insuffisance dans le nombre des médecins.

En raison de l'obligation d'interrompre ses études médicales, pendant un an, pour apprendre le maniement du fusil Lebel et suivre des exercices de brancardiers et d'infirmiers, chaque étudiant en médecine éprouve un retard d'au moins un an dans l'obtention de son diplôme de docteur. En évaluant à 600 le nombre des jeunes gens reçus docteurs chaque année (et ce chiffre est au-dessous de la vérité), c'est donc une diminution de 600 médecins que l'armée, au jour de la mobilisation, devra subir dans le personnel sanitaire auquel elle a le droit de prétendre.

Trouve-t-on que le nombre des médecins appelés à accompagner nos armées en campagne soit trop élevé ? Tout le monde, au contraire, s'accorde à en déplorer l'insuffisance.

En présence de ce déficit de 600 médecins infligé à l'armée par l'application de cette décision ministérielle, il est impossible de ne pas se rappeler combien, dans les guerres modernes, sont nombreux les blessés et les malades qui périssent faute de soins, par suite de l'insuffisance du chiffre des médecins. Les statistiques médico-chirurgicales des campagnes de Crimée et d'Italie devraient nous avoir suffisamment édifiés à cet égard.

Parmi les faits lamentables rapportés par le médecin principal Chenu, dans sa statistique de la campagne d'Italie, peut-on oublier qu'après la bataille de Solférino, il ne fallut pas moins de cinq jours pour relever les blessés et les transporter à l'ambulance. Comment ne pas s'associer aux sentiments exprimés à ce sujet par un écrivain contemporain : « Se figure-t-on le désespoir « d'un malheureux, qui meurt sans secours ! Y « a-t-il rien de plus poignant que la misère du « soldat blessé, à qui on fait attendre trois ou « quatre jours les soins qui, donnés à propos, « lui auraient conservé un membre et même la « vie ?........ La cause principale de toutes ces « souffrances c'est le défaut de médecins. » (Ed. Laboulaye, membre de l'institut. *Revue des Deux-Mondes*, 15 décembre 1869.)

Terminons par quelques lignes écrites, à la même époque, par un des plus éminents médecins de notre armée, M. Marchal de Calvi : « Personne ne saurait dire ce qu'il y a de braves soldats, qui meurent d'hémorrhagie, faute d'un « doigt pour fermer le vaisseau ouvert............ « Malheureusement le personnel médical des « premiers secours est notoirement plus qu'in- « suffisant. Apportés à l'ambulance, les blessés « attendent là encore trop longtemps des secours « et il en est qui succombent avant qu'il ait été « possible de s'occuper d'eux. »

Au sujet d'observations publiées par un médecin major, qui a pris part à la campagne d'Italie le même auteur ajoute : « Pendant la campagne « d'Italie, dit M. le médecin major Richepin, j'ai « eu plusieurs fois occasion de remarquer que « beaucoup de blessés avaient succombé sur le « champ de bataille à la suite d'hémorrhagies « artérielles résultant de blessures peu graves « ...... A Mélegnano, j'ai encore trouvé des blessés morts d'hémorrhagies artérielles et dont « les lésions très simples n'auraient certainement pas dû entraîner une terminaison funeste, « si l'on avait pu parer à temps aux accidents « hémorrhagiques....... Ailleurs, j'ai observé « une dizaine de cas semblables. » M. Marchal de Calvi conclut en ces termes ! « Si un seul « médecin a vu dix cas semblables dans une seule « journée, combien les autres en ont-ils vu dans « toute la campagne ? Comment faudrait-il avoir « le cœur fait, pour qu'il ne se soulevât pas de « douleur, de pitié et d'indignation devant de « telles révélations.............. On n'économise « pas sur la poudre, on n'économise pas sur les « chevaux ; on économise sur les médecins. » (Marchal de Calvi. *Tribune médicale* du 26 septembre 1869.)

Où trouver, en faveur de l'idée que nous défendons, un plaidoyer plus éloquent que ces quelques lignes et qui donc, après les avoir lues, ne demanderait pas la suppression de la décision ministérielle qui, au jour de la mobilisation, priverait nos malades et nos blessés du secours de 600 médecins ?

§ VI. — Nécessité d'un stage pour les médecins et les pharmaciens de réserve.

Il demeure donc établi, dans l'intérêt de la conservation de nos effectifs, que le service de santé aux armées ne doit être confié qu'à des médecins et à des pharmaciens parfaitement au courant de ce service.

Or, le seul moyen de répondre à cette indication est de préparer les médecins et les pharmaciens aux fonctions, dont ils seront chargés en campagne. C'est par conséquent à un stage que doit être consacrée leur année de service.

Pendant la durée de ce stage, accompli alternativement dans les hôpitaux et dans les corps de troupe, sous la direction et l'autorité de leurs collègues du service actif, les médecins n'auront pas de temps à perdre pour s'initier aux notions techniques, qui leur sont indispensables en campagne (connaissance du matériel de santé des diverses formations sanitaires, études des maladies spéciales à la vie du soldat, prophylaxie des épidémies, hygiène, législation et administration militaires).

En se plaçant au point de vue des intérêts les plus pressants de l'armée, qui pourrait prétendre qu'il soit indifférent, pour le médecin appelé à faire campagne, d'avoir observé le soldat dans sa vie de garnison, de l'avoir suivi aux exercices, aux manœuvres et d'avoir étudié, dès le temps de paix, les conditions qui sont susceptibles d'exercer sur la santé des troupes une influence favorable ou pernicieuse ? N'avons-nous pas montré, précédemment, combien il est nécessaire que le médecin soit habitué aux opérations administratives dans lesquelles il est appelé à tout instant à intervenir ?

En résumé, il importe absolument que, le jour d'une entrée en campagne, le médecin de réserve soit au courant de tous les détails de son service, qu'il en ait pour ainsi dire le doigté. Alors, avec autorité et sûreté, il exercera ses difficiles fonctions et il saura inspirer confiance au soldat.

Que l'on suppose, au contraire, un médecin de réserve soumis aux conditions de la décision ministérielle du 7 octobre 1890. En campagne son zèle, son dévouement, son habileté professionnelle ne suppléeront que très incomplète-

ment à son inexpérience technique. De là, dans l'exécution du service, des tâtonnements, des hésitations inévitables et cela dans des circonstances où la faute la plus légère, commise par un médecin, peut entraîner des conséquences fatales à la vie du soldat.

Ces considérations paraîtront sans doute suffisantes pour motiver la nécessité d'un stage au point de vue du service en campagne. Mais cette nécessité s'étend également au service de garnison, comme il est facile de s'en convaincre.

Personne, en effet, n'ignore combien les médecins des corps de troupe sont surchargés de travail. Indépendamment des contingents très nombreux de l'armée active auxquels ils donnent leurs soins, ils ont encore à assurer le service de groupes qui se succèdent sans désemparer (Territoriaux, réservistes). Les travaux administratifs, auxquels ils sont assujettis, augmentent de jour en jour. Le matériel de santé, qui leur est confié étant des plus considérables, exige pour son entretien et sa conservation une surveillance incessante.

Dans les hôpitaux militaires, le service de garde est impossible à assurer à cause de l'insuffisance du nombre des aides-majors. N'est-il pas naturellement indiqué de charger de ce service les médecins de réserve ?

En faisant participer les médecins de réserve à l'exécution du service actif pendant leur stage d'un an, on aura résolu le double problème de les préparer aux fonctions qui leur incombent en campagne et d'alléger en temps de paix la tâche des médecins du service actif.

§ VII. — Conditions dans lesquelles doit s'accomplir le stage.

Ce stage d'un an étant reconnu indispensable, à quel moment le médecin de réserve sera-t-il appelé à l'accomplir?

Pour être en état de s'initier aux notions techniques qu'exige l'exercice de l'art aux armées, il est nécessaire de posséder, au préalable, la connaissance des diverses parties de l'enseignement professé dans les facultés de médecine. L'étude des maladies en général doit précéder celle des maladies spéciales à l'armée, et la prophylaxie de ces dernières implique la connaissance complète de l'hygiène publique et privée. Quant aux actes administratifs résultant de l'appréciation des maladies, blessures ou infirmités, qui rendent impropre au service, n'est-il pas évident qu'ils exigent de celui qui en est chargé des connaissances étendues en anatomie, en clinique et en pathologie. C'est donc lorsque le médecin est pourvu de son titre de docteur qu'il convient de l'appeler à accomplir l'année de service prescrite par la loi. Il serait irrationnel en effet d'interrompre des études médicales pendant un an, pour leur intercaler un complément d'instruction qui ne doit trouver place qu'au terme de ces études.

En constatant que l'intérêt de l'armée exige que les étudiants en médecine et en pharmacie ne soient appelés à accomplir leur année de service que lorsqu'ils seront pourvus du diplôme de docteur ou de pharmacien, nous n'avons pas un seul instant la pensée de demander qu'ils soient l'objet d'un privilège. La situation réclamée pour eux, au nom des plus impérieux besoins de l'armée, est celle que détermine l'article 23 de la loi du 15 Juillet 1889 en faveur des élèves de l'*Ecole polytechnique* admis dans les services civils et des *élèves de l'Ecole forestière* admis dans l'administration des forêts. Ces jeunes gens sont nommés sous-lieutenants de réserve à leur sortie de l'Ecole et accomplissent en cette qualité, dans un corps de troupe, leur troisième année de service.

Quel prétexte pourrait-on alléguer pour refuser d'étendre, aux étudiants en médecine et en pharmacie, le bénéfice des dispositions de l'article 23 de la loi du recrutement en faveur des élèves de l'Ecole polytechnique et de l'école forestière, dispositions, qui, depuis, ont été appliquées aux élèves de *l'école centrale des arts et manufactures ?*

En s'astreignant pendant six ans en moyenne à des études pénibles et onéreuses, en subissant une série de difficiles épreuves, pour devenir apte à donner, au soldat malade ou blessé, les secours que la patrie lui doit, l'étudiant est-il moins méritant que les jeunes gens des catégories visées ci-dessus ?

A un autre point de vue la situation des médecins et des pharmaciens, pendant la durée de leurs études, est identique à celle des élèves appartenant aux écoles que nous venons de citer. L'instruction militaire de ces derniers leur est donnée pendant la durée de leurs études professionnelles, ce qui leur permet à leur sortie de l'école d'avoir le grade de sous-lieutenant et de ne servir que pendant un an. Au sujet des étudiants en médecine cette mesure s'indique tout naturellement, car l'instruction qu'ils reçoivent, dans les facultés, est précisément celle que leur demande l'armée.

Inutile de faire observer que ce qui concerne les docteurs en médecine et les pharmaciens, s'applique également aux internes des hôpitaux.

Quant à la limite d'âge, il serait conforme aux intérêts du service de santé de ne pas exiger que les médecins appelés à faire leur stage soient pourvus du diplôme de docteur ou du titre d'interne avant vingt-sept ans. C'est en moyenne l'âge auquel on termine ses études de médecine. Beaucoup d'étudiants capables d'être reçus docteurs avant cette époque retardent leurs derniers examens, afin d'avoir le temps d'arriver, comme les internes, à un degré d'instruction plus élevé et il n'y aurait aucun motif pour leur fixer une limite d'âge qui les obligerait à abréger la durée de leurs études.

Le stage des médecins et des pharmaciens de réserve doit donc s'accomplir en qualité d'officiers. Quelle autorité reconnaîtrait-on, dans le service, à un médecin dont la situation hiérarchique ne correspondrait pas, au moins, au grade de sous-lieutenant ?

C'est avec la solde de ce grade que doit nécessairement s'effectuer cette période de stage. D'ailleurs la situation d'officier faisant du service sans solde, est inconnue dans notre armée. Il est étrange qu'on ait eu l'idée de la proposer exclusivement en faveur des médecins et pharmaciens de réserve.

§ VIII. Examen des objections auxquelles a donné lieu la réforme proposée.

La proposition de substituer à la décision ministérielle du 7 octobre 1890 des dispositions légales, reconnues indispensables aux besoins

de l'armée, n'a pas été sans soulever des objections dont il importe d'apprécier la valeur.

La discipline, paraît-il, serait compromise par la suppression du système actuel. Examinons ce que cette objection peut valoir. Si nous consultons l'exposé des motifs de la loi militaire de 1872, à laquelle nous sommes redevables du service personnel et obligatoire nous y trouvons le passage suivant : « Plus les institutions d'une « nation sont fondées sur le principe de la dé- « mocratie, plus il leur faut l'obéissance au su- « périeur, qui est la discipline militaire ; la sou- « mission à la loi, qui est la discipline civile. »

Les étudiants en médecine, en se montrant respectueux et pleins de déférence à l'égard des chefs de service, sous la direction desquels ils étudient dans les hôpitaux ou des professeurs et agrégés dont ils suivent les cours à la faculté, ne font-ils pas constamment acte de discipline ? Et cette discipline, pour être volontaire, en est-elle moins une garantie sérieuse de la conduite qu'ils tiendront lorsqu'ils seront appelés comme officiers dans l'armée ?

Il y avait autrefois, dans la médecine militaire un grade qui était celui de sous-aide. Les sous-aides étaient pris parmi les étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions et ayant satisfait aux épreuves d'un concours. La dernière promotion de ce grade a été faite en 1859, pendant la guerre d'Italie. On passait donc directement de la condition d'étudiant en médecine de deuxième année, au grade d'officier et cependant personne n'a jamais remarqué que les sous-aides aient été moins disciplinés que les autres officiers de l'armée.

En ce qui nous concerne, il nous a été donné de voir, pendant plusieurs années, des étudiants en médecine se succéder, comme engagés conditionnels, dans un régiment où nous étions chef de service et nous pouvons affirmer que jamais il n'y a eu lieu de reprocher à aucun d'eux la plus légère faute contre la discipline.

Puissent ces quelques exemples rassurer ceux qui croient la discipline menacée par une proposition, qui mérite si peu une telle accusation.

On a aussi prétendu que les dispositions loyales que nous demandons porteraient atteinte au principe de l'égalité.

Nous croyons avoir suffisamment insisté sur l'analogie de situation qui existe entre les étudiants en médecine et en pharmacie et les catégories de jeunes gens qui n'entrent dans l'armée que pour servir à titre de sous-lieutenant de réserve. Ce qui est admis comme un droit pour les élèves de l'Ecole forestière ne saurait passer pour un privilège quand il s'agit d'étudiants en médecine et en pharmacie.

Dans un discours prononcé à l'Assemblée nationale le 7 juin 1872 sur le service obligatoire personnel, le général Ducros s'exprimait ainsi : « L'égalité est excellente, mais à la con- « dition qu'elle élève le niveau général et que « ce ne soit pas l'égalité à la mode de Tarquin, « celle qui abaisse les plus hautes têtes et n'est « satisfaite que de la médiocrité partout : »

Parmi les difficultés que soulève la modification proposée, l'une des plus sérieuses serait la dépense excessive que son adoption occasionnerait au trésor.

Cette dépense serait-elle considérable ? Il importe de ne pas oublier que le stage s'accomplirait avec le *grade de sous-lieutenant*. Or ce ne sont pas les grades subalternes qui grèvent beaucoup le budget.

Cette dépense, qui n'a été l'objet d'aucune contestation, quand il s'est agi de l'inscrire au budget pour le stage des élèves des écoles centrales et forestière, n'est pas moins légitime en ce qui concerne le personnel de santé de l'armée.

Depuis nos désastres de 1870, le nombre des emplois d'officiers de toutes armes a été augmenté dans des proportions considérables, à plusieurs reprises, notamment cette année, à l'occasion de la loi des cadres. Le Ministre de la guerre sait, par expérience, que pour obtenir des chambres un assentiment unanime à toute augmentation qu'il juge utile de demander dans le nombre des emplois d'officier, il lui suffit d'invoquer les nécessités de la défense nationale. Pourquoi n'aurait-il pas recours à cet irrésistible argument, quand il s'agit d'assurer à nos soldats, blessés ou malades, les secours qui leur sont dus en campagne ?

Toute parcimonie à la guerre est un assassi- « nat, a dit le maréchal de Belle-Isle. Économi- « ser l'argent du pays est chose louable, mais « n'est-il pas plus important d'économiser les « hommes ? N'y a-t-il pas là un plus grand inté- « rêt, un devoir qui passe avant tout ? » (Chenu, Mortalité dans l'armée. P. 241.)

Les dépenses militaires de la France, en 1893, se sont élevées au chiffre de 890.067.000 francs. A qui persuadera-t-on qu'il n'eut pas été facile de prélever sur ce budget les sommes nécessaires à la réalisation d'un projet qui doit assurer la conservation de tant de milliers d'hommes en temps de guerre.

« Il est de nécessité que l'on prise assez haut l'intérêt de la conservation et de la guérison pour ne reculer devant « aucune dépense juste et raisonnable » (Chenu, Mortalité dans l'armée. P. 81).

« Les chambres n'ont jamais marchandé les secours « destinés au bien-être du soldat malade. » (id. P. 120).

Une objection regrettable, en raison de la haute autorité de celui qui l'a soulevée, est celle de M. le sénateur Berthelot. D'après M. Berthelot ce serait la porte ouverte à tous les abus ; tous les fils de bourgeois trouveraient des prétextes pour éluder la loi. L'illustre savant semble considérer comme une faveur, la situation qui est demandée pour les étudiants en médecine. C'est là une erreur des plus fâcheuses. Il ne s'agit en aucune façon de l'intérêt des étudiants en médecine, l'armée est seule en cause. C'est entre l'armée et les devoirs contractés envers elle par le pays, que se pose la question. Afin d'éviter le retour des faits déplorables dont nous avons dû évoquer le souvenir, les représentants du pays n'hésiteront pas à mettre à la disposition de l'armée, le jour de la mobilisation, le plus grand nombre de médecins possible, après leur avoir procuré les moyens de compléter leur instruction professionnelle par une éducation technique indispensable. Le mouvement d'opinion suscité par la presse médicale, au sujet d'une réforme qui s'impose si impérieusement n'a d'autre but que de seconder les pouvoirs publics dans l'accomplissement de cette tâche.

D'après M. le Professeur Cornil, il est impos-

sible que les docteurs et internes reçoivent le titre et les émoluments d'officier pendant leur année de service; car on ne peut leur donner un grade supérieur à celui des docteurs appartenant à l'armée, dont l'instruction se fait à l'école du Val-de-Grâce (*Semaine médicale*, février 1894).

Les docteurs appartenant au service actif ne sont, il est vrai, pourvus d'aucun grade pendant la durée de leur stage à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, tandis que dans les autres écoles militaires d'application les élèves officiers sont pourvus du grade de sous-lieutenant. C'est là une anomalie contre laquelle la presse médicale s'est élevée bien des fois. « Les officiers du génie et de l'ar« tillerie sont promus lieutenants, après deux « années d'études à l'école d'application de Fon« tainebleau et c'est avec le grade de sous-lieu« tenant qu'ils entrent à cette école. Ne serait-il « pas de la plus stricte équité d'étendre cette « mesure aux médecins militaires, en leur con« férant le grade d'aide-major de deuxième clas« se, lors de leur entrée à l'école d'application « de médecine et de pharmacie militaires ». (*Concours médical* du 24 juin 1893).

Il serait donc facile de faire disparaître le motif qui, d'après M. le Professeur Cornil, s'oppose à la réforme, qui est demandée de toute part.

Pour répondre à l'objection de M. le Professeur Cornil, nous ferons remarquer que si les stagiaires du service actif n'ont pas le titre d'officier, leur situation ne diffère pas de celle des élèves officiers des écoles d'application. Pendant leur séjour au Val-de-Grâce, ils sont rétribués sur le pied de 3096 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement.

La situation des médecins de réserve, s'ils étaient rétribués comme officiers, pendant leur année de présence, ne serait donc pas supérieure à ce point de vue à celle des stagiaires du Val-de Grâce. Elle ne le serait d'ailleurs sous aucun rapport, car, en toute circonstance, les médecins de réserve pendant la durée de leur année de présence, seraient subordonnés à leurs confrères du service actif. Mais le service dont ils seraient chargés, étant un service d'officier, ne peut se concevoir sans l'autorité que seul confère le grade.

Il importe de remarquer que la hiérarchie des officiers de réserve étant absolument distincte de celle des officiers de carrière, le grade dont seraient pourvus les médecins de réserve, pendant leur année de service, ne peut, à aucun point de vue, préjudicier aux droits de leurs collègues du service actif.

Nous pensons avoir répondu à toutes les objections, qui ont été opposées à la proposition d'appeler en qualité d'officiers de réserve les médecins et les pharmaciens pendant leur année de présence.

Ajoutons, pour en finir avec ce sujet, que si les besoins sanitaires de l'armée exigent que les étudiants en médecine et en pharmacie n'accomplissent leur année de service qu'au terme de leurs études professionnelles, exactement comme les élèves des écoles centrale et forestière, ils ne possèdent pas à un moindre degré que ces derniers les qualités que l'armée demande aux officiers. L'abnégation et le dévouement sont de tradition parmi les étudiants en médecine et l'on n'a que trop souvent l'occasion d'enregistrer, dans leurs rangs, des décès dus à des affections contagieuses contractées près des malades confiés à leurs soins dans le service journalier des hôpitaux.

§ IX. — Résumé.

Nous croyons avoir mis hors de discussion que la décision ministérielle du 7 octobre 1890 doit être ainsi modifiée :

1° *Les étudiants en médecine et en pharmacie ne seront appelés à accomplir leur année de service, que lorsqu'ils seront pourvus du diplôme de docteur en médecine ou pharmacien de première classe, ou nommés internes des hôpitaux au concours.*

2° *Ils accompliront leur année de service en qualité et avec la solde de stagiaires, ou d'aides-majors de deuxième classe de réserve.*

3° *Pour être admis à faire leur service militaire dans ces conditions, ils ne devront pas avoir dépassé l'âge de vingt-sept ans révolus, au moment où ils obtiendront le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe ou leur nomination d'internes,*

Telle est dans ses lignes principales la modification qui s'impose à la décision ministérielle du 7 octobre 1890.

Si, comme nous n'avons pas le droit d'en douter, elle est acceptée par nos assemblées parlementaires, c'est au ministre de la guerre qu'il appartiendra de faire établir un règlement d'administration destiné à en assurer l'exécution.

LA SEMAINE MÉDICALE

La stomatite mercurielle tardive.

Dans sa récente thèse, M. le Dr *Moullin* affirme que la stomatite peut survenir tardivement à la suite du traitement mercuriel, alors même que toute médication a été interrompue depuis plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Aucun des traitements ne met à l'abri de ces accidents tardifs ; ils sembleraient cependant plus fréquents à la suite des médications qui ont pour action d'emmagasiner le mercure dans l'économie.

La dose du mercure introduit dans l'économie ne semble pas avoir une très grande importance ; si dans certains cas elle suffit à expliquer l'intoxication, dans d'autres elle est réellement trop peu considérable pour avoir pu, sans d'autres causes, déterminer des accidents.

Les causes qui peuvent donner naissance à la stomatite tardive sont très variables. On a pu incriminer, tour à tour, un choc, un refroidissement, l'influence des efforts, des cures thermales, etc. ; d'autres fois enfin on ne trouve aucune cause déterminante. Mais il est un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est le rôle capital que jouent les lésions des reins, dans l'intoxication mercurielle, d'où l'indication de ne donner le mercure aux rénaux qu'avec la plus grande prudence et dans une absolue nécessité.

L'épilation.

M. le Dr Smester (de Paris) a communiqué au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* les remarques suivantes sur le procédé d'épilation par l'électrolyse.

L'épilation par l'électrolyse est maintenant passée dans la pratique courante. Ce moyen est bien plus efficace que toutes les pâtes épilatoires ; que la destruction par la lampe à alcool : que l'épilation simple. Par ces trois derniers procédés, les poils repoussent. Tandis que par le procédé électrolytique, les récidives sont très rares. C'est donc à ce dernier moyen qu'il faut conseiller de recourir.

Les poils peuvent se présenter sous différents aspects :

1º Les poils isolés, généralement petits et fins ;

2º Les poils réunis en groupe, formant moustaches, favoris, mouches, et plus ou moins touffus et durs ;

3º Les poils groupés sur une petite verrue ou sur une plaque de nœvus, ordinairement forts et résistants.

Les procédés d'épilation pour les poils isolés sont connus. On se sert généralement d'une pile à courant continu, et pouvant fournir des intensités suffisantes.

Les uns préfèrent employer les grandes intensités, plus rapides dans leur action, plus efficaces dans leurs résultats, mais plus douloureuses aussi.

Les autres s'en tiennent aux faibles intensités. Cette méthode nécessite, de la part de l'opérateur, plus de patience, parce qu'il faut un plus long temps pour la destruction du bulbe pileux. En revanche, elle est bien plus agréable pour les opérés, étant moins douloureuse.

Les intensités fortes peuvent atteindre chez des personnes peu sensibles jusqu'à 25 et 30 milliampères. Le plus souvent on ne supporte pas le courant au delà de 15 à 25 milliampères.

Les intensités faibles ne dépassent guère dix milliampères, et sont très bien supportées.

Chacun connaît le modus faciendi ordinaire. Le voici en quelques mots. On fait pénétrer une aiguille très fine, en communication avec le pôle négatif de la pile, dans le bulbe pileux. On place dans la main une poignée reliée au pôle positif. Le collecteur de la machine est mis ensuite sur le nombre d'éléments qui correspond à peu près au courant, dont on veut se servir.

La durée du passage du courant est de soixante à quatre-vingts secondes.

Deux points sont importants.

D'abord le choix du pôle employé pour la destruction du poil ; ensuite le mode d'introduction de l'aiguille.

Tous ceux qui se sont occupés d'électrolyse emploient pour la destruction du poil le pôle négatif. Pendant longtemps, j'ai religieusement observé cette technique qui donne de bons résultats, cela est incontestable. Et je n'ai personnellement, nulle raison pour abandonner une manière de faire aussi efficace.

Cependant, nos collègues de la campagne, souvent trop absorbés pour se tenir au courant des travaux faits sur le sujet, peuvent éprouver une certaine appréhension sur l'emploi de l'électrolyse, par crainte, en se trompant de pôle, d'amener des désordres, ou tout au moins de ne pas avoir de résultats.

Qu'ils se rassurent. Ils peuvent, en usant de courants d'intensité modérée, se servir indifféremment de l'un ou l'autre pôle. Si la petite eschare diffère de nature, quand on se sert du pôle positif pour la destruction du poil, elle n'en guérit pas moins très bien, et les résultats sont tout aussi satisfaisants. Nos collègues de province auraient donc tort de ne pas user d'un excellent moyen d'épilation, par crainte de se tromper dans le maniement de leur appareil.

Pour l'introduction de l'aiguille, on recommande de la faire par l'orifice externe du follicule pileux, en l'enfonçant jusqu'au bulbe, c'est-à-dire à environ un ou deux millimètres. Quand on a une grande habitude de l'épilation électrolytique, cette petite opération est relativement facile. Mais, au contraire, elle devient délicate, difficile, impossible même pour les praticiens qui ne la font pas couramment. Le médecin, obligé de se plier aux exigences de la pratique courante, perd la main, et s'abstient par suite de faire usage de l'électrolyse. S'il lui faut pénétrer dans un conduit de quelques millièmes de millimètre de diamètre avec une aiguille plus mince encore, il se récuse ; ou mieux, il conseille l'usage de toutes les pâtes épilatoires, moins efficaces et plus douloureuses.

Ici encore, on peut tourner la difficulté. Le praticien, habitué à pratiquer cette opération, continuera de la faire avec succès ; mais le médecin, moins rompu à cette petite manœuvre, se trouvera bien du procédé suivant :

Au lieu d'essayer de pénétrer dans le follicule pileux, il enfoncera son aiguille dans la direction du bulbe, de façon à traverser ce bulbe, ou à le toucher avec la pointe de l'aiguille, opération incontestablement plus facile que la précédente. Puis il fera passer le courant, en suivant la technique indiquée dans les auteurs, et en se servant d'un courant de faible intensité. Après une minute, la moindre traction sur le poil le détachera : et il sortira avec une petite matière blanche à son extrémité inférieure, et qui n'est autre que la racine elle-même.

Ce moyen, beaucoup plus simple et tout aussi efficace que le moyen classique, prend une réelle importance quand les poils sont agglomérés en plus ou moins grand nombre ; ou quand ils surmontent un nœvus, ou une petite masse verruqueuse.

Il se passe alors un phénomène intéressant, et que le plus souvent l'opérateur n'a pas cherché.

Lorsque les nœvi sont constitués par de simples taches pigmentaires, l'opération de l'épilation a pour résultat, non seulement la disparition des poils, mais aussi la décoloration de la tache qui pâlit de plus en plus, et sa coloration se rapproche de la coloration de la peau avoisinante.

De plus, on peut, au lieu de faire la destruction poil par poil, enfoncer l'aiguille sous un groupe de poils au niveau des bulbes ; et l'on détruit ainsi en une seule fois tous les poils sous lesquels l'aiguille a passé.

Quand les nœvi sont verruqueux ou lipomateux, on procède comme précédemment, en enfonçant l'aiguille dans un plus ou moins grand nombre de bulbes pileux. On détruit les poils, et en même temps on atrophie les verrues ou le lipôme, qui guérissent.

J'ai cité ces procédés, que j'ai expérimentés, parce qu'ils peuvent rendre service au plus grand nombre des praticiens.

Cependant, je recommanderai, à mesure qu'on deviendra plus habile dans le maniement de l'aiguille, de l'enfoncer dans l'orifice du follicule pileux, parce qu'on peut arriver très rapidement à rendre cette petite opération peu ou pas douloureuse.

Je n'ai pas parlé de l'antisepsie des instruments et de la partie à opérer. Je pense que nul aujourd'hui ne touche à un instrument, sans prendre ces précautions indispensables.

Il sera toujours préférable de n'opérer qu'un petit nombre de poils à la fois, de vingt à soixante environ, et en opérant dans différentes régions. On ne renouvellera la séance qu'une ou deux fois par semaine au plus.

REPORTAGE MÉDICAL

Comité international de la Presse médicale.

STATUTS.

ARTICLE PREMIER.

Il est institué un *Comité international de la Presse médicale*, dans le but d'assurer la fonction et le service de la Presse dans les divers Congrès internationaux de Médecine.

ARTICLE 2.

Ce Comité est formé de *deux* représentants de la Presse médicale de chaque *pays*.

ARTICLE 3.

Les membres du Comité provisoire international, constitué régulièrement à Rome, le 4 avril 1894, font de droit partie du Comité définitif.

Ces membres sont :

1. *Allemagne* : M. le Dr SCHWALBE, rédacteur en chef de la *Deutsche Med. Wochenschrift* (Berlin) ; M. le Dr POSNER, rédacteur en chef de la *Berliner Klin. Woch.* (Berlin).
2. *Angleterre* : M. le Dr BROWN, correspondant de la *Lancet* (Londres).
3. *Etats-Unis d'Amérique* : M. le Dr SAJOUS (de Philadelphie), rédacteur en chef de l'*Annual of Science*.
4. *France* : M. le Dr LABORDE, rédacteur en chef de la *Tribune médicale* (Paris) ; M. le Dr Marcel BAUDOUIN, secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale française* (Paris).
5. *Italie* : M. le Dr LUCATELLO, rédacteur en chef de la *Gazzetta degli Ospidali* (Gênes) ; M. le Dr RUBINO, rédacteur en chef de l'*Uffiziale sanitario* (Naples).

ARTICLE 4.

Le Comité provisoire élit les représentants des autres pays, de façon à constituer définitivement le *Comité international de la Presse médicale*.

Il s'adressera, pour chaque nation, aux journalistes médicaux les plus autorisés.

ARTICLE 5.

A chaque vacance, par démission ou par décès, le Comité, à sa réunion prochaine, pourvoit au remplacement du membre démissionnaire ou décédé.

ARTICLE 6.

Le Comité international de la Presse médicale se constitue et se réunit, à l'occasion de chaque Congrès, dans la ville où siège ce Congrès.

ARTICLE 7.

En cas d'absence motivée à une réunion de l'un ou des deux membres du Comité d'un pays, le ou les représentants absents de ce pays délèguent, en leur lieu et place, un ou deux de leurs nationaux autorisés comme directeurs de journaux et munis d'une délégation.

ARTICLE 8.

Il y a trois langues officielles pour les séances du Comité : l'Allemand, l'Anglais et le Français.

ARTICLE 9.

Au début de chaque Congrès, à la première réunion du Comité, il sera procédé à l'élection d'un Bureau nommé pour toute la durée du Congrès et pour l'intervalle de deux Congrès successifs.

ARTICLE 10.

Le Bureau comprend :

Un Président ;
Un Vice-Président ;
Trois Secrétaires généraux titulaires ;
Trois Secrétaires généraux adjoints.

Les Secrétaires généraux titulaires sont nommés de telle sorte qu'ils représentent chacun une des trois langues officielles admises pour les séances du Comité.

De même pour les Secrétaires généraux adjoints.

ARTICLE 11.

Les Secrétaires généraux titulaires sont rééligibles. Le Bureau, après son élection, désigne l'un d'eux pour remplir les fonctions de Trésorier, lequel est également rééligible.

ARTICLE 12.

Les Secrétaires généraux titulaires, sous la haute direction du Bureau, ont pour mission d'organiser, conformément aux Règlements, le service de la Presse au Congrès.

ARTICLE 13.

Les Représentants de la Presse médicale, assistant ou non au Congrès, qui refuseront d'adhérer à ces règlements, ne participeront pas aux avantages qui pourront résulter de cette organisation.

ARTICLE 14.

Le projet d'organisation qui précède ne pourra avoir de suite qu'à la condition de réunir au moins *cent adhésions complètes* aux dits règlements.

— *Congrès de médecine mentale, de Clermont-Ferrand.* — On prie instamment les personnes qui se proposent de faire partie de ce Congrès : médecins aliénistes, neurologistes, juristes, jurisconsultes, de vouloir bien se hâter d'adresser leur adhésion et, autant que possible, leur cotisation (20 francs). Programme du 6 au 11 août.

1° Tout congressiste aura droit aux séances et pourra y prendre la parole s'il le juge utile pour la science ; il aura également droit aux réceptions offertes par les autorités et les asiles visités, aux distractions qu'on organisera pour recevoir le mieux possible le Congrès, enfin il recevra un livre contenant les travaux du Congrès ;

2° Des locaux, chambres, pensions seront arrêtés à l'avance, à des prix modérés, pour MM. les Congressistes ;

3° Le Congrès sera ouvert sous la présidence de M. le préfet du Puy-de-Dôme ;

4° Les travaux du Congrès seront sous la présidence de M. le Dr Pierret, médecin en chef de l'Etablissement départemental d'aliénés de Bron, à Lyon.

5° Outre les trois grandes questions qui doivent être traitées par de savants aliénistes, plusieurs autres sujets intéressant l'aliénation mentale seront exposés par leurs auteurs, qui se sont déjà fait inscrire, ce qui donnera au Congrès un intérêt scientifique extrême ;

6° Les séances auront lieu dans la grande salle des fêtes de l'Hôtel de Ville, gracieusement mise à

notre disposition par M. Lecuellé, maire de Clermont-Ferrand, qui se propose de recevoir les Congressistes ;

7° Le Congrès s'est déjà acquis la bienveillante sollicitude de toutes les autorités et de la presse locale ;

8° Sur la demande du docteur Hospital, organisateur du Congrès, le Conseil général du Puy-de-Dôme a voté, à l'unanimité, une somme de 600 fr. destinée à rendre agréable, par quelques distractions, le séjour des Congressistes à Clermont-Ferrand ;

9° Les dames qui voudront bien accompagner leurs maris recevront à Clermont un accueil des plus sympathiques, de la part des religieuses de l'Etablissement de Sainte-Marie et d'un comité de dames ;

10° Les Etablissements de Sainte-Marie, à Clermont, et de La Cellette, dans la Corrèze, auront l'honneur de recevoir MM. les Congressistes.

11° Les moyens de transport sont multiples et peu onéreux : MM. les Congressistes pourront utiliser, pour se rendre à Clermont, soit un billet circulaire, soit un billet d'aller et retour pouvant se proroger avec un supplément, et dont les prix actuels sont un peu supérieurs à l'ancien demi-tarif ;

— *Concours du clinicat.* — Sont nommés chefs de clinique médicale : Hôtel-Dieu : MM. Marquezy, chef ; Auscher, adjoint. Charité : MM. Teissier, chef ; Martin-Dur. adjoint. Saint-Antoine : MM. Parmentier chef ; Lesage, adjoint. Aux Enfants : MM. Boulloche, chef ; Renault, adjoint.

— On affirme que le célèbre professeur Helmholtz vient d'être frappé d'une hémiplégie gauche.

— *Congrès français de médecine interne.* — Première session. — Lyon 1894. — La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'Enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notoirement toutes les questions que soulève sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de la langue française, et de plus, aux médecins de toutes les nationalités désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès ; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

Pour le comité d'organisation : le président : Gailleton, maire de Lyon, professeur à la Faculté de médecine ; les vice-présidents : Mayet et Soulier, professeurs à la Faculté de médecine ; le secrétaire général : Bard, agrégé, médecin des hôpitaux, rue de la République, 30 ; le trésorier : Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux, rue Saint-Dominique, 14 ; les secrétaires : Devic, agrégé, médecin des hôpitaux ; Pic, médecin des hôpitaux ; Collet, interne des hôpitaux.

— C'est mercredi que s'est ouvert le Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine organisé par les médecins de Boulogne-sur-Mer.

Les séances et les fêtes de ce Congrès se prolongeront jusqu'au dimanche 29 juillet.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3924. — M. le docteur Dupouy, à Larroque-sur-Losse par Condom (Gers), membre de l'Association des médecins du Gers.

N° 3925. — M. le docteur Kaminer, à Saint-Cyprien (Dordogne), membre du Syndicat de Sarlat.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

De l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus, opération de Péan ; étude basée sur les 200 premières observations du Dr Paul Segond, professeur agrégé, Chirurgien de la Maison municipale de Santé, par le Dr Émile Baudron, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris, avec une préface du Dr Paul Segond et 38 figures dont 12 hors texte. Prix : 10 francs. Net pour MM. les membres du Concours, huit francs franco.

Après un historique complet de la question, l'auteur étudie avec détail, dans un deuxième chapitre, le manuel opératoire applicable à l'opération de Péan. Les divers procédés de Péan, de Segond, de Quénu, de Doyen, y sont successivement décrits. Douze figures originales, hors texte, reproduisent avec fidélité les différents temps de l'opération exécutés d'après le procédé de Segond.

Le chapitre III contient l'exposé des résultats immédiats et des résultats éloignés de l'opération de Péan. Ces résultats, comme l'auteur a pris soin de l'indiquer, ont pour base exclusive les 200 premières observations du Dr Segond dont 138 opérées ont été retrouvées après un temps variant de 3 ans 1/2 à 3 mois.

Le chapitre IV est consacré au parallèle de l'opération de Péan avec les diverses interventions appliquées aux lésions des annexes. La plus grosse part est faite à la laparotomie.

Le chapitre V, celui des indications et des contre-indications de l'opération de Péan, est la conclusion naturelle des deux chapitres précédents.

Si l'on ajoute que cet ouvrage est précédé d'une préface du Dr Paul Segond, qu'il contient 38 figures dont 12 hors texte, 200 observations inédites in extenso, une bibliographie complète, on peut affirmer avec le Dr Segond que « le travail de M. Baudron a toutes les qualités d'une étude mûre et complète qu'on peut lire avec l'assurance d'y trouver l'impartial exposé de l'état actuel de la question et tous les documents voulus pour la juger en connaissance de cause ».

P. S. — Cet ouvrage, le plus complet sur le sujet, n'ayant été tiré qu'à petit nombre, prière d'adresser les demandes de suite.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année | N° 31 | 4 Août 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du prurit simple.

Un des meilleurs moyens que l'on puisse employer contre les démangeaisons dans certains cas de prurigo ou de prurit simple, consiste dans l'emploi de colles appliquées sur la peau, telles que les a préconisées M. Tenneson dans le *Bulletin médical*. Mais, pour que ce moyen soit efficace, il est nécessaire que le prurigo ne s'accompagne pas de suintement qui pourrait dissoudre ou détériorer l'enduit qui recouvre la peau. Aussi c'est surtout dans les cas de prurit vrai, ou dont les lésions sont peu marquées que l'on obtient le plus de succès. L'avantage de ce procédé, qui donne les mêmes résultats que l'enveloppement, mais n'en a pas les inconvénients, est que le malade peut se lever, et même vaquer à ses occupations sans que ce pansement soit déplacé ou détérioré.

Ce pansement consiste essentiellement dans l'emploi d'une colle dont la formule est la suivante :

Oxyde de zinc..........	100 gr.
Gélatine en plaques..........	150 gr.
Grénetine..........	100 gr.
Eau bouillie contenant 1 gr. de phénosalyl..........	300 gr.
Glycérine..........	300 gr.

La colle ainsi constituée est appliquée au pinceau sur les parties atteintes de prurit, mais comme elle pourrait se fendiller et se détacher facilement, on a soin, pendant qu'elle est encore humide, d'appliquer sur la peau une très légère couche d'ouate, qui fait en quelque sorte corps avec elle et contribue à protéger les tissus par un enveloppement complet. Lorsque le pansement a été bien fait, il semble que la peau soit recouverte d'une étoffe, très mince et très adhérente et se moulant sur toutes ses irrégularités. C'est, en effet, le résultat qu'on doit obtenir, et le malade peut s'habiller, se livrer à tous les mouvements sans gêne et sans que l'enduit se détache, sauf au niveau des grands plis articulaires, où il est d'ailleurs facile de le réparer.

Le pansement ainsi fait peut durer une huitaine de jours ; on en débarrasse les malades avec un lavage à l'eau tiède.

Sous cette influence, le prurit cesse presque aussitôt et des malades chez lesquels aucun moyen n'avait réussi sont soulagés très rapidement. Toutefois, ce n'est pas là un moyen de guérison — car ces formes de prurit paraissent incurables — mais un palliatif excellent qui n'a que l'inconvénient d'être d'une application assez minutieuse.

L'extraction des corps étrangers de l'urèthre.

Le Dr *Boimond* vient de consacrer sa thèse à la description et au maniement opératoire d'un instrument pour l'extraction des corps étrangers de l'urèthre qu'il a inventé d'après les principes d'Amussat et qu'il a eu l'occasion d'essayer pour la première fois sur lui-même.

Voici la description de l'appareil :

Il se compose de deux parties : 1° d'une sonde munie de son mandrin, 2° d'une pince.

I. *La sonde.* — Elle est droite et cylindrique. Sa grosseur doit être appropriée aux différents urèthres. On comprend que plus le canal de l'urèthre pourra admettre un fort numéro, plus les mouvements de la pince qu'on doit introduire dans la sonde deviendront libres, et plus volumineux pourront être les corps étrangers à extraire.

La longueur de la sonde peut varier suivant les urèthres. 18 ou 20 centimètres suffisent pour la généralité des cas.

La sonde est munie vers l'une de ses extrémités, de deux anneaux, qui en facilitent le fonctionnement, soit pour la tenir en place, soit pour lui imprimer divers mouvements.

La pointe du mandrin est formée d'une olive destinée à boucher l'extrémité vésicale de la sonde. Une molette fixée à l'autre extrémité sert à le retirer, une fois la sonde en place.

II. *La pince* est la partie de l'appareil la plus compliquée. Elle se compose de pièces fixes et de pièces articulées mobiles. Les pièces *fixes* sont : 1° un manche, tube cannelé en métal (nickel), dont les deux bouts sont fermés par des obturateurs métalliques. La disposition du manche en tambour en fait un bon résonnateur. 2° Une tige qui traverse le manche et se termine par un mors.

Les pièces *mobiles* sont : 1° un levier du deuxième genre à poucette, articulé sur la tige ; 2° une branche glissante, mise en mouvement par ce levier ; 3° une mâchoire mobile, qui reçoit son mouvement de la branche glissante au moyen d'un levier brisé du premier genre.

« Cette pince ressemble à la pince Mathieu par les mâchoires et la branche glissante, et à la petite pince à poucette de Collin par le levier à poucette ; ce ne sont là que des ressemblances ; elle en diffère par le mécanisme et surtout par les dimensions. La pince à poucette de Collin a 14 centimètres de longueur, celle de Mathieu 17 ; celle de Boimond mesure 24 centimètres. C'est que, à la différence des autres, l'appareil n'est pas seulement pour l'extraction des corps étrangers situés à la partie antérieure de l'urèthre ; mais il est surtout pour l'extraction des corps étrangers de la région profonde».

MANUEL OPÉRATOIRE.

Le malade est dans le décubitus dorsal, les cuisses un peu écartées, demi fléchies. Le chirurgien, se place à droite, prend la verge à pleine main gauche, le bord cubital se reposant dans l'angle rentrant que doit faire la verge avec le pubis ; la pulpe des doigts est appliquée sur le canal pour sentir la progression de la sonde. Tenue de la main droite, la sonde est alors introduite suivant une ligne droite qui traverserait le périnée un peu en avant de l'anus. Dès que son bec a dépassé le pubis et le ligament suspenseur de la verge, la sonde tend à s'abaisser entre les cuisses du malade, il faut suivre et même faciliter ce mouvement ; pour cela, on abaisse le pavillon de la sonde tout en faisant avancer celle-ci. Cette manœuvre produit un mouvement de bascule qui ramène l'extrémité vésicale de la sonde vers la paroi supérieure du canal, le point d'appui se trouvant au niveau du ligament suspenseur de la verge. Pour faire pénétrer la sonde dans le sphincter uréthral, on appuie sur la racine de la verge avec le bord cubital de la main gauche, tandis qu'avec la pulpe des doigts, on tend la paroi inférieure du canal en la tirant en avant sur la sonde de façon à effacer le cul-de-sac du bulbe.

Après qu'on a franchi le sphincter uréthral, il devient inutile de tenir la verge, car la sonde est retenue par deux plans résistants : le ligament suspenseur de la verge et l'aponévrose profonde. On n'a plus qu'à faire progresser la sonde jusqu'à ce que l'olive qui ferme son orifice vésical rencontre le corps étranger.

A ce moment, de la main droite, on saisit la molette pour retirer le mandrin et son olive tandis que de la main gauche on tient la sonde fixe par ses anneaux, ensuite, on prend la pince par son manche à pleine main droite, on l'introduit fermée dans la sonde jusqu'à ce que les mors touchent le corps étranger. Alors, on ouvre la pince en appuyant avec douceur et en avant sur le levier à poucette. Quand les mors sont suffisamment écartés, on invite le patient à faire un effort pour uriner, effort qui sollicite le corps étranger à s'engager entre les mors de la pince. Cet engagement est reconnu aux vibrations que transmet à la main de l'opérateur le manche résonnant ; alors on ferme la pince en appuyant en arrière sur le levier à poucette, le corps étranger bien saisi est ensuite doucement retiré en même temps que pince et sonde.

Dans l'extraction des corps étrangers de l'urèthre par les instruments en usage jusqu'à ce jour, l'introduction de la pince ou de la curette frotte, racle une muqueuse extrêmement délicate, pour aller à l'aveuglette chercher un corps

FEUILLETON

Nos lendemains.

On a enfin quitté la vieille maison paternelle, aux girouettes grinçantes, aux vastes pièces si difficiles à chauffer, dont la vétusté séculaire résiste à tout, pour venir échouer, Perrette à moustaches, le cœur plein d'émoi, l'esprit hanté de rêves mahométans, dans un de ces lamentables hôtels qui déshonorent les rues avoisinantes de l'école de médecine. La chambre est mesquine, malpropre, le lit est dur, petit ; le sommier répond en écho aux gémissements métalliques d'un autre sommier dont on n'est séparé que par une mince cloison : mais qu'importent ces petits détails prosaïques? On est libre enfin, on est installé dans ce fameux quartier, où les rosières sont aussi rares qu'aux Folies-Bergère et on oublie facilement, avant d'aller prendre sa première inscription, que, la veille, toute la famille était en larmes et que les grands parents, tout en glissant quelques pièces dans le gousset du nouvel étudiant, lui ont prodigué leurs sages conseils.

Ah ! l'agréable lendemain.

***

Première conquête. — Elle se dérobait et paraissait rester insensible aux déclarations les plus brûlantes, aux œillades les plus passionnées ; mais hier, c'était le réveillon, on a folâtré fort tard, dégusté les mets et les vins les plus invraisemblables ; les velléités de résistance se sont évanouies et on se retrouve, à une heure indue, dans la même alcôve, à la lumière troublante du même ciel cythéréen, sur le même oreiller, lamentablement raviné. On a bien la tête un peu lourde et les membres délicieusement brisés ; mais quelle suave langueur, quelle troublante lassitude, quel ineffable lendemain !

***

Diner de thèse.— On a fait ses adieux à toutes ses connaissances des deux sexes, dans un de ces re-

qu'on ne voit pas. Le temps de l'extraction est difficile et dangereux ; car les pinces, loin de combattre le spasme, le produisent ; cette contraction réflexe a forcément pour résultat de comprimer tout à la fois la pince et le corps étranger et par là d'augmenter la douleur et d'exposer la muqueuse à être déchirée.

Le nouvel appareil au contraire, est d'un emploi très facile. Le premier temps se réduit à un simple cathétérisme ; le deuxième temps est encore plus facile puisqu'il consiste à passer une pince à travers un tube et aller saisir un corps qu'on peut voir.

Le temps de l'extraction démontre une plus grande supériorité encore. La dilatation de l'urèthre que produit la sonde est le seul moyen sûr de combattre le spasme, d'où disparition de la douleur. En outre, cette même sonde protège la muqueuse contre les traumatismes qui pourraient résulter des manœuvres.

Enfin, une qualité que l'appareil possède seul, c'est la faculté de pouvoir être introduit dans la région membraneuse et prostatique et d'en extraire les corps étrangers aussi facilement que dans la région antérieure.

Ainsi, désormais, avec ce nouvel appareil, on pourra toujours, ou presque toujours, éviter deux opérations graves : le refoulement suivi de lithotritie et la boutonnière périnéale.

La symphyséotomie.

Nous avons jusqu'ici beaucoup préconisé la symphyséotomie, et nous n'en avons dit que du bien ; il est juste, afin de montrer notre impartialité absolue, que nous donnions ici quelques chiffres statistiques dont M. le Dr *Fraipont*, de Liège, tire d'importantes conclusions au point de vue des exagérations et des échecs de la symphyséotomie. En France, sur 33 symphyséotomies pratiquées en 1892, il y a eu 6 décès, soit une mortalité de 18,1 pour 100. En Allemagne, si l'on s'en rapporte au relevé de Frommel qui porte sur 78 symphyséotomies, on arrive à une léthalité de 11 1/2 pour 100 pour la mère et de 28,2 pour 100 pour le fœtus. C'est, comme on le voit, une moyenne à prendre en considération si on se fie aux statistiques. La mort serait due à l'hémorrhagie, au choc, voire même à la septicémie, nous dit M. Fraipont.

Si, maintenant, on met en parallèle la symphyséotomie et l'opération césarienne, M. Fraipont trouve pour cette dernière une mortalité de 2,8 pour 100 pour un total de 35 interventions et la mortalité infantile est aussi bien inférieure.

Veut-on savoir quelles sont les complications qu'on peut voir naître dans la symphyséotomie, c'est une hémorrhagie ayant son point de départ dans les plexus veineux rétropubiens ou provenant du clitoris. On a aussi observé des déchirures de la vessie, du vagin, laissant quelquefois à leurs suites des fistules soit uréthrales, soit vaginales.

Quant au sort ultérieur des opérées, quant au résultat opératoire, on a beaucoup écrit sur ce sujet ; il est certain que dans beaucoup de cas, la symphyse ne s'est pas consolidée et la mobilité des deux os iliaques l'un sur l'autre a entraîné des troubles fonctionnels soit du côté des membres inférieurs, soit du côté des organes urinaires. Aussi a-t-on proposé de faire une suture de la symphyse, suture qui, pour certains accoucheurs, devrait être immédiate. Ces sutures réussissent du reste fort bien et on peut y recourir dans le cas où on craint un défaut de consolidation.

Tels sont les arguments de M. Fraipont que nous nous bornons à enregistrer sans les discuter. Il ne faut pas, pour cet accoucheur, abandonner la symphyséotomie, mais savoir en limiter les indications.

La Pelletiérine et ses sels.

La Pelletiérine de Tanret est encore regardée comme très efficace contre les tœnias ; elle est généralement préparée dans de petits flacons tout prêts à être absorbés. Pour un adulte, il faut donner la dose entière. Mais les enfants au-dessous de quatorze ans la supportent très mal.

Les sels les plus employés de ce même alcaloïde sont le sulfate et surtout le tannate, qui vaut un prix moins élevé. La dose habituelle de tannate de pelletiérine est de 1 gramme à 2

---

pas fastueux, à 3 fr. 50 par tête, dont certains gargotiers connaissent seuls l'insondable secret. On s'est quitté le cœur un peu gros, on a vite essuyé une larme furtive. L'heure du départ a sonné. On revient au pays, étant quelqu'un, avec une renommée scientifique laborieusement conquise. On songe à l'accueil ému qu'on recevra dans quelques heures, au repos bien mérité qu'on va prendre.

Ah ! le réconfortant lendemain.

*
* *

Le retour. — On a beau s'en défendre, on y est revenu avec émoi vers ce logis familial, enclin aux échos caressants, aux bruits berceurs, presque hanté, dont chaque recoin poussiéreux évoque des souvenirs d'enfance.

On a appris à le mieux apprécier, à ne voir que sa paix et son intimité, au lieu de rire de ce qu'il a de suranné et d'invariable. On va du reste le métamorphoser, le rajeunir, le transformer, y mettre sa note personnelle. Comme il sera agréable de se laisser gâter par tout le monde, parents et serviteurs, sans oublier pour cela les amis laissés là-bas, les intellectuels cérébralement développés, ou les humains ayant le cœur à la bonne place, ce qui vaut peut-être mieux.

Ah ! combien doux ces prosaïques lendemains !

*
* *

Mariage. — Tout a marché à souhait, elle comptait bien que vous la demanderiez en mariage, la chère créature (vrai printemps féminin, trésor de tendresse), nimbée d'un charme infini, qui est désormais votre compagne. Ses blancs vêtements ne sont pas plus immaculés que le fond de son cœur, bien à vous, tout à vous, lac transparent dont aucun souffle pervers n'a troublé la surface. En la nuit nuptiale, en la tardive matinée, elle vous dit et vous laisse entrevoir son attachement ancien, heureux de se donner, de se sacrifier.

Ah ! l'adorable lendemain !

*
* *

Distractions. — Elles sont innombrables et variables, selon les goûts et l'éducation d'un chacun.

grammes au plus. Une plus forte dose est inutile et même dangereuse.

La prescription peut être faite ainsi :

Sulfate de pelletiérine et d'isopelletiérine	0.30 à 0.40 centigr.
Tannin	1 à 2 gr.
Sirop simple	q. s.

Le stérésol

A la demande d'un de nos lecteurs, nous reproduisons la formule du stérésol de M. Berlioz :

Gomme laque purifiée, entièrement soluble dans l'alcool	270 gram.
Benjoin purifié, entièrement soluble dans l'alcool	10 —
Baume de tolu	10 —
Acide phénique cristallisé	100 —
Essence de cannelle de Chine	6 —
Saccharine	6 —

Alcool. Q. S. pour un litre. — Mêlez.

MÉDECINE PRATIQUE.

Pronostic et traitement de la rougeole.

Nous venons de traverser à Paris une assez violente épidémie de rougeole, ce qui d'ailleurs n'a rien de surprenant puisque c'est pour ainsi dire la maladie de la saison. Or, comme il arrive dans toutes les épidémies, il s'est présenté un certain nombre de cas particulièrement graves, qui nous ont paru d'autant plus dignes d'intérêt qu'ils étaient plus anormaux.

Quoi de plus banal que la rougeole, en général ! j'allais dire, quelle maladie plus bénigne, lorsqu'elle est soignée en ville dans de bonnes conditions d'hygiène et de propreté ! Tous ceux qui ont fréquenté les hôpitaux d'enfants, savent que c'est pour ainsi dire, là seulement qu'on voit les enfants mourir de la rougeole ou de ses complications.

En ville, au contraire, on est habitué à regarder cette maladie comme légère, et, en tout cas, sans grande importance au point de vue du pronostic. Il est d'ailleurs facile à comprendre pourquoi la rougeole est plus grave à l'hôpital qu'en ville.

D'une part, il y a beaucoup de cas réunis, c'est-à-dire que les complications de l'un contagionnent l'autre avec une grande facilité. D'autre part, les enfants qu'on amène pour la rougeole à l'hôpital sont trop souvent de petits scrofulo-tuberculeux ou de pauvres êtres sordides et repoussants de malpropreté.

Au contraire, en ville, les enfants sont ou tout à fait isolés, ou en contact avec un ou deux autres rubéoleux à peine ; ils peuvent être soignés plus assidûment et nourris plus substantiellement : toujours est-il qu'ils guérissent souvent vite. Cependant, nous avons vu des cas, qui, malgré ces bonnes conditions hygiéniques, ont abouti rapidement à la mort; nous en tirons cette déduction ; qu'en fait de pronostic, comme toujours d'ailleurs, il faut être prudent et ne pas se hâter de dire aux parents, en présence d'un cas de rougeole : « Ce n'est que la rougeole ; ce ne sera rien. »

Voilà ce que nous allons prouver dans notre première partie.

I.

La rougeole, on peut le dire, revêt 99 fois sur cent, des allures absolument bénignes. Il est rare, de voir survenir au début, ces hémorrhagies abondantes, multiples, ces phénomènes adynamiques effrayants, qui sont les premiers symptômes de toute maladie infectieuse extra grave, et en particulier de la rougeole hémorrhagique.

Mais en dehors des phénomènes d'allures effrayantes, il y a souvent de simples épistaxis, qui par leur fréquence et leur abondance sont d'un pronostic fâcheux et doivent engager le médecin à la prudence.

Nous n'aimons pas non plus les manifestations buccales diphthéroïdes ou plus exactement impétigineuses qui se voient assez fréquemment au début de la rougeole. Ce sont des foyers de cultures tout près pour inoculer la bronchopneumonie.

Enfin une rougeole, s'accompagnant d'une fiè-

Pour celui-ci la suprême félicité consiste en ceci, d'après le conseil de Richepin :

> Voyager, ne pas trop respirer le même air,
> Et ne jamais rester un an sans voir la mer.

Pour cet autre, c'est le culte des lettres de quelques bons auteurs rangés sur le rayon des toniques et des cordiaux et qu'on ne se lasse jamais de parcourir.

Il y en a pour qui la joie préférée c'est la chasse, la pêche, le piquet, le wisth, l'horticulture, l'aménagement irréprochable d'une collection, d'un fruitier, d'une écurie, d'un attelage, la recherche de l'installation, la poursuite acharnée des bibelots, etc., etc. C'est le foyer domestique, avec ses soucis sans doute, mais aussi avec sa sérénité et ses dédommagements.

On revit pour son compte les meilleures pages de l'art d'être grand'père, après avoir eu toutes les extases et tous les orgueils d'une paternité sans nuages, sans deuils, sans déceptions.

On quitte de temps en temps son trou, où tout est si calme, où l'économie provinciale commence au bruit, pour faire une excursion à la ville tumultueuse, pour rendre visite à des parents, à des amis et l'on revient ravi vers son home, après cette petite débauche.

Quel plaisir de retrouver son lit, sa chambre, ses aises, ses habitudes et même ses occupations !

*
**

L'ambition. — L'âme mûrie s'est bonifiée, est devenue humanitaire, plus subtile, plus pondérée, plus malléable. On a des idées de progrès, de mansuétude, de pitié suprême pour les damnés humains, pour les misères du monde. On veut, plein d'ardeur généreuse, pressé du désir de s'épandre, les faire partager à ses concitoyens ; on ambitionne leurs suffrages pour être conseiller municipal, conseiller d'arrondissement, conseiller général, maire, etc. On part en guerre contre les raisonneurs étriqués, rétrogrades impuissants, contre tous les eunuques verbeux, qui piétinent sur place.

On organise des réunions publiques, on se met en avant, on se dépense, on se prodigue ; on prêche avec un pindarisme d'emballé, d'enthousiaste, sur toutes les bornes du chemin, ce qu'on croit être la bonne cause :

vre très intense avec agitation extrême, délire bruyant, carphologie, tremblottements nerveux fibrillaires, même quand l'éruption est abondamment sortie, et quand la bronchite est modérée, est toujours d'un pronostic extrêmement grave.

Les auteurs classiques ne décrivent pas suffisamment cette forme spéciale de la rougeole au début. Pour notre part, nous en avons observé dernièrement deux exemples chez des enfants de 4 à 5 ans, qui nous ont frappé par leur netteté. L'éruption paraissait de bonne apparence, extrêmement bien sortie et généralisée, mais l'enfant avait, dans les deux cas une hyperthermie énorme, un délire violent et des mouvements convulsifs nombreux. Or, la bronchite était d'intensité modérée ; il n'y avait pas à proprement parler de catarrhe suffocant, mais le pouls était petit, incomptable, frappant au moins 150 fois par minute. Eh bien ! la maladie ne pardonne pas dans ces cas et l'enfant succombe brusquement, presque subitement, en se soulevant pour boire sa potion ou une boisson quelconque ; il faut bien connaître d'avance ces cas et ne pas se montrer optimiste. Ce serait une faute lourde ; car il peut arriver que l'enfant succombe pendant que vous l'auscultez ou en absorbant ses médicaments ; on ne manquerait pas de vous attribuer cette mort subite. On ne se repent jamais d'ailleurs de trop de prudence dans le pronostic. Il n'y a que les jeunes ..... ou les étourdis qui appelés auprès d'un enfant, déclarent avec une impeccable sûreté que l'enfant n'a rien ou bien peu de chose. Même si l'enfant n'a rien et à plus forte raison, quand il a une affection réputée bénigne, comme la rougeole, il faut réserver le pronostic autant que le diagnostic et revenir à plusieurs reprises étudier l'enfant. Personne ne vous en voudra, car en agissant ainsi, vous ne passerez pas pour un ignorant, ni pour un incapable, mais pour un médecin consciencieux et s'intéressant à la santé de ses malades. En poussant cet argument plus loin, nous croirions presque devoir dire qu'on fait mieux d'exagérer le diagnostic et d'amplifier la gravité du pronostic, pour les enfants, du moins, car on se voit attribuer la guérison avec admiration et reconnaissance alors qu'on n'a pour ainsi dire pas agi d'une manière effective.

Ne crions pas non plus bien haut : cet enfant est perdu ; il ne guérira pas. Les surprises ne sont pas rares en médecine infantile, et personne n'admettra que le médecin, qui a condamné un malade, puisse avoir contribué à le guérir.

Il faut faire entrevoir les dangers, de façon à pouvoir expliquer, au moins en apparence, la thérapeutique que l'on prescrit et de façon à se faire reconnaître le mérite de la cure. Ce n'est pas du charlatanisme cela, c'est de la prudence et de l'habileté. L'enfant a-t-il du délire et des convulsions, n'omettez jamais, pour l'effet moral, d'explorer la tête, et parlez de congestion cérébrale dangereuse, mais non désespérée ; on vous donnera carte blanche pour le traitement et on ne s'étonnera pas si la terminaison est fatale. Dans le cas particulier qui nous occupe, la rougeole grave au début, il faut surtout surveiller le cœur, car, bien que nous ne puissions pas invoquer d'autopsie à l'appui de notre opinion, nous sommes fermement persuadé que ces morts subites sont d'origine cardiaque ; le poison ou le microbe rubéolique atteint le myocarde et provoque une myocardite rubéolique, comme il y a des myocardites varioliques, diphtériques, scarlatineuses même. Quoi qu'il en soit, le fait est malheureusement vrai, la mort subite s'observe dans les 3 ou 4 premiers jours de l'éruption.

Comme complication aggravant aussi le pronostic au début, quoique singulièrement moins, c'est la conjonctivite purulente simple ou double qui amène, non la mort, mais la perte de l'un ou des deux yeux par formation de leucômes cornéens ou par fonte purulente.

Chez l'adulte, le pronostic de la rougeole n'est grave que si les hémorrhagies sont abondantes, au début.

Mais dans la suite, la rougeole n'est pas d'un pronostic beaucoup plus favorable ; surtout chez les enfants qui restent en contact avec d'autres rubéoleux, comme dans les salles d'hôpitaux ou dans les familles où il y a plusieurs enfants.

En général, quand deux, trois ou quatre en-

Debout ! vous qui dormez, car celui qui me suit,
Car celui qui m'envoie en avant, la première.
C'est l'ange Liberté, c'est le géant Lumière !

On a robustement triomphé des psychologues pessimistes, de l'opposition restreinte de quelques réactionnaires séniles, hautains, énigmatiques, état-major sans troupes, obstinés, amers, qui ne font pas partie d'un ensemble, d'un tourbillon et ne sont qu'une exception dans les préoccupations sincères de toute une race.

Malgré le prestige acquis et la satisfaction d'avoir réussi, d'avoir fait des adeptes, on sort quelquefois meurtri de la lutte ; on a donné, mais aussi reçu des horions, de foudroyantes invectives.

Ces beaux zèles enflammés ont parfois d'amers lendemains.

*
* *

Déceptions, deuils, effritement. — La vie serait encore très belle, si l'aiguille des heures ne marchait pas, si le baromètre restait toujours au beau fixe.

Hélas, trois fois hélas, les plus favorisés doivent eux-mêmes déchanter et avoir leur quiétude empoisonnée par de cruels déboires et de douloureuses séparations. Tout le monde y passe, comme sur le pont d'Avignon ! Les plus résignés se consolent en regardant en haut, ou en dedans, comme le conseillent les apôtres de la croisade idéaliste.

Le cœur se démeuble, se vide de ses affections les plus solides. Les chers aimés disparaissent un à un, nous laissant l'âme remplie de regrets et d'amertume. Que de mélancoliques lendemains, lorsqu'en se retournant en arrière, le regard aperçoit l'étendue semée de tombes, lorsque les ombres des vivants d'hier ne cessent de réapparaître dans le mirage du souvenir.

Ah ! comme la nature fait bien de nous obnubiler, de nous transformer en invalide, en vieux débris, figé dans ses habitudes d'esprit, se souvenant à peine des rares heures vraiment rayonnantes qui ont illuminé le passé. Et voilà la vie :

Tant de peines pour parvenir ;
Tant d'autres pour se maintenir ;
Tant de travail pour se nourrir ;
Tant de souffrances pour mourir !

Dr Grellety (de Vichy).

fants ont la rougeole en même temps, même dans une famille aisée de la ville, il faut être prudent dans son pronostic. Il est bien rare qu'il n'y en ait pas au moins un qui reste sur le terrain. La broncho-pneumonie est la grande exécutrice de ces pauvres petits rubéoleux. Il ne lui en échappe pas un sur dix de ceux qu'elle a atteints.

Dès le 3e ou le 4e jour, en auscultant avec soin le malade, on découvre les premiers vestiges de la broncho-pneumonie, quand elle s'est déclarée ; submatité, respiration faible, râles sous-crépitants fins abondants.

La broncho-pneumonie rubéolique tue même les adultes aussi facilement que les enfants.

Nous ne parlons pas des entérites et des diarrhées profuses, qui atteignent surtout les enfants cachectisés ; il est certain qu'elles assombrissent le pronostic et le rendent même fatal quand elles durent quatre ou cinq jours sans répit.

Enfin, la période terminale de la rougeole est fort pourvue de complications, auxquelles les malades échappent difficilement. La plupart des otites moyennes, des vulvites, des kérato-conjonctivites sont dues à une rougeole récente.

Cela n'a pas de conséquences pour la vie, en général ; mais cela est très grave au point de vue de la fonction des oreilles, des yeux, etc.

Parlerons-nous du noma, de la gangrène de la vulve ou de la verge ? Des rougeoles parfois bénignes pendant le premier septénaire et même le second, donnent lieu à ces épouvantables complications. Enfin les vésicatoires appliqués dans un but thérapeutique amènent chez les rubéoleux des eschares et des plaques de sphacèle, qui assombrissent encore le pronostic. Qui ne connaît au cours ou au déclin de la rougeole ces laryngites pseudo-diphtériques qui simulent absolument le vrai croup et qui d'ailleurs, il y a encore cinq ou six ans étaient regardées comme diphtériques et traitées comme telles ? La trachéotomie fait des hécatombes dans ces cas-là ; on n'en guérit pas un sur cent.

Enfin, qui ne sait que la tuberculose éclate fréquemment après la rougeole chez les scrofuleux prédisposés ? La rougeole prépare les voies au bacille de Koch ou améliore le terrain de culture et favorise le développement de ce bacille, quand il est déjà dans la place. Bien des méningites, bien des phthisies aiguës ont suivi la rougeole à quelques semaines de distance.

« MM. Audeoud et Jaccard ont signalé comme complications nerveuses, les paralysies. Ainsi que Bayle l'a indiqué dans sa thèse (1888), où il a réuni tous les cas publiés de 1724 à 1887, la rougeole semble occuper le quatrième rang comme paralysigène dans les maladies aiguës, venant après la diphtérie, la fièvre typhoïde et la variole. Ces paralysies sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, chez les filles que chez les garçons ; rares au début et au cours de la maladie, elles surviennent six fois sur sept pendant la convalescence ou à son début ; la rougeole ne leur imprime pas de cachet absolument caractéristique et la gravité du pronostic dépend de la forme de la paralysie ; c'est ainsi que la forme paraplégique, la plus fréquente, est ordinairement de courte durée et le plus souvent suivie de guérison.

« Quant à leurs formes, Guinon les a rangées en 3 types : 1° *Paralysies encéphaliques*, liées le plus souvent à l'encéphalite aiguë qui donne lieu dans la suite à la sclérose lobaire. Elles se manifestent sous la forme hémiplégique, tantôt simple, tantôt combinée avec l'aphasie. Chez l'enfant au-dessous de neuf ans, l'hémiplégie devient le plus souvent spasmodique et peut s'accompagner d'athétose. L'aphasie peut exister seule ; 2° *Paralysie à type myélopathique*. Telle est la paraplégie, forme la plus fréquente, qui débute progressivement ou subitement et s'accompagne parfois de troubles de la miction. Plus rarement la paralysie devient ascendante et prend le type de Landry. On a signalé la forme atrophique infantile, enfin le type sclérose en plaques, qui guérit au bout de quelques mois ; 3° *Paralysies à type périphérique*, qui occupent tous les sièges possibles, un membre ou un groupe musculaire, les muscles des paupières ou de l'œil, ou bien les quatre membres et le voile du palais chez un même sujet.

« Parmi ces paralysies, celles qui déterminent des troubles vésicaux sont assez rares, surtout sans paraplégie. M. Lardier en a cité un cas intéressant. MM. Audeoud et Jaccard ont observé également un fait analogue. Chez une fille de 9 ans, atteinte d'une rougeole grave, une rétention d'urine est apparue sept jours après le début de l'éruption, avant le début de la convalescence.

« Les troubles urinaires ont duré 22 jours et la rétention a été accompagnée, au début, surtout, d'une polyurie atteignant 2,800 c. c. dans les 24 h. La vessie se laissa d'abord distendre au point de contenir 1,600 c. c., quantité énorme chez une fillette de 9 ans.

« Chose curieuse, la rétention cessa après une chute que l'enfant fit du haut de son lit au milieu de la nuit (1). »

La voilà donc, cette rougeole regardée comme si bénigne. Prenons garde et, sans prévenir d'avance l'entourage du malade de toutes les complications possibles, n'oublions jamais d'exciter la vigilance des garde-malades sur le rubéoleux, en exigeant des soins prophylactiques scrupuleux. Il vaut mieux, même signaler les plus importants accidents possibles, pour justifier les minutieuses précautions que l'on aura à instituer, sous peine de soulever des récriminations ou de se heurter à une indifférence sans remède.

II.

Traitement.

Notre exposé précédent indique suffisamment quelles doivent être les grandes lignes du traitement de toute rougeole.

En premier lieu, une propreté absolue du malade et de son entourage, des lavages chauds abondants dans toutes les cavités naturelles et à leur voisinage, nez, bouche, oreilles, yeux, vulve.

En second lieu, un traitement sédatif des accidents nerveux ; enfin, en 3e lieu, une excitation cutanée longtemps continuée, une sorte de révulsion permanente, sans provocation de plaies.

Les *Annales de médecine* résument cette méthode thérapeutique de la façon suivante :

(1) *Journ. de méd. et de chir. pratiques.*

Isolement. Chambre à 18°, bien aérée, facilement éclairée.

Alimenter l'enfant avec du lait stérilisé, du bouillon, des œufs, si l'âge et l'état du tube digestif le permettent.

Comme boisson, un quart de verre de temps à autre de la tisane suivante tiède, loin des prises de lait :

Alcoolat de citrons......	1 gramme.
Sirop d'acide citrique.. }	ââ 30 —
Sirop simple.......... }	
Infusion de queue de cerises Q. s. pour.........	1,000

F. s. a.

Lavages fréquents des yeux, du nez et des oreilles avec de l'eau boriquée chaude.

Irrigations fréquentes dans la gorge à l'aide d'un irrigateur Eguisier, à longue canule, si l'enfant n'est pas en âge de se gargariser seul, avec :

Acide salicylique.........	1 gramme.
Alcool....................	Q. s. pour dissoudre.
Eau distillée. Q. s. pour....	1,000 grammes.

S'il y a des épistaxis, faire de préférence des lavages avec une solution d'antipyrine à 1 pour 50, puis en faire priser sous forme de poudre fine, après chaque lavage nasal.

Lotions tièdes sur toute la surface cutanée.

Faire prendre à l'enfant une cuillerée à café, toutes les heures, de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque 50 cent. à..	5 gram.
Vieux cognac.....................	10 —
Sirop d'écorce d'oranges..........	50 —
Eau distillée. Q. s. pour..........	90 —

F. s. a.

Contre les phénomènes nerveux intenses, nous préférons les lotions aromatiques chaudes et surtout les *bains généraux sinapisés* d'une durée de 5 à 6 minutes si l'enfant est âgé, de 2 minutes si l'enfant est jeune. Il faut renouveler ces bains, cinq ou six fois par jour, et en même temps administrer une potion au bromure et à la teinture de musc.

Quand survient une bronchite intense, il ne faut pas hésiter à appliquer des cataplasmes sinapisés quatre fois par jour, ou mieux d'abondantes pointes de feu, cent, ou cent cinquante sur tout le thorax. On peut en même temps donner une cuillerée à café, toutes les deux heures, de la potion suivante :

(WIDERHOFER)

Extrait de jusquiame........	5 à 15 centig.
Sirop simple................	10 grammes.
Eau distillée................	70 —

F. s. a.

Administrer un vomitif si l'état de l'enfant le permet.

S'il survenait de la broncho-pneumonie, isoler rigoureusement l'enfant, même et surtout d'avec les autres enfants atteints de rougeole.

Si la température reste très élevée 40°, 39°,5 plusieurs jours après la sortie de l'éruption, soit pour d'autres causes, les bains tièdes répétés de 36° à 35° rendent de grands services, mais il faut surveiller très attentivement le malade, lui faire des piqûres d'éther ou de caféine, en alternant les unes et les autres.

Contre la diarrhée, on aura recours au benzonaphtol, au salicylate de bismuth, à l'élixir parégorique du Codex, enfin aux lavements d'acide lactique faibles, à 1 pour 200.

La laryngite intense avec tirage et accès de suffocation est justiciable du *tubage* et non de la trachéotomie, qu'on devrait abandonner complètement dans les faux-croups rubéoliques. Ce n'est qu'au cas où on n'aurait pu appliquer le tubage qu'on pourrait recourir à ce moyen in extremis ; mais ce n'est qu'un palliatif, on peut le dire, sans espoir.

La convalescence de la rougeole est en apparence courte ; au bout de quinze jours, tout paraît terminé. C'est une erreur ; en réalité, pendant les 4 ou 5 semaines, qui suivent la disparition de l'éruption, le convalescent doit être attentivement soigné et visité tous les jours. La bouche, les yeux, les oreilles, les parties génitales sont des cavernes où dort quelque germe caché, qui attend une occasion favorable pour se révéler. Que les lavages abondants de toutes ces cavités fassent partie de la toilette quotidienne, au moins pendant 6 semaines après la maladie.

Si l'on se rendait compte des dangers que l'on évite par la pratique de ces légères précautions, on ne négligerait pas si souvent de les appliquer. C'est à nous, médecins, qu'il appartient de faire bien connaître à tout le monde ces préceptes primordiaux d'hygiène si souvent méconnus.

Chez les lymphatico-scrofuleux en convalescence de rougeole, il sera indispensable de prescrire en outre des lotions dont nous venons de parler, l'huile de foie de morue et le sirop de raifort iodé, en alternant l'un avec l'autre.

Dr Paul HUGUENIN.

REVUE D'HYGIÈNE

Les solutions de savon ont été employées, dernièrement, avec avantage en Allemagne pour la désinfection des wagons. Laveran et Vaillard, dans des expériences récentes, ont pleinement confirmé ces résultats.

Ces auteurs ont pu désinfecter, d'une manière très complète, les murs en les lavant d'abord avec une solution de savon noir, ensuite avec une solution désinfectante, sublimé à 2 pour 1000 ou acide phénique à 5 pour 1000 ; l'acide phénique serait préférable.

Les lavages, qui ont l'inconvénient d'abîmer beaucoup plus les papiers de tenture, donnent par contre une sécurité plus grande que les pulvérisations, même quand celles-ci sont faites le pulvérisateur étant très rapproché, à 4 centimètres seulement, de la muraille, et l'opération continuée jusqu'à ce que le liquide ruisselle le long des parois. Cette supériorité des lavages est, d'ailleurs, contestée par Dujardin-Beaumetz et par Vallin.

Dans le même ordre d'idées, nous devons signaler l'effet très médiocre obtenu à Manchester en traitant par les vapeurs de chlore les locaux infectés par des phthisiques. Sur 16 animaux inoculés avec des germes tuberculeux provenant des locaux ainsi traités, la moitié ont succombé à l'infection.

Signalons plus longuement un autre procédé paraissant très pratique, l'évaporation de l'ammoniaque, que vient de proposer le Dr Von Rigler, de l'Institut de Buda-Pesth.

Von Rigler suspend, dans une salle de 100 m. c. des fils imprégnés de cultures microbiennes; il fait évaporer ensuite dans plusieurs vases plats disposés sur le sol, 1000 gr. d'ammoniaque. Au bout d'une heure, 100 gr. ont disparu par l'évaporation; après 2 heures, 250 gr.; après 3 heures, 300 gr.; après 4 heures, 350 gr.; après 5 heures; 390 gr.; enfin 450 gr. après 8 heures. Le bacille du choléra et celui de la fièvre typhoïde ont été tués après 2 heures; la bactéridie charbonneuse, avec ou sans spores, après 3 heures; le bacille de la diphthérie, après 8 heures seulement.

Ce procédé, peu coûteux, a encore l'avantage très appréciable de ne détériorer ni les meubles, ni les tentures. Aussi doit-on souhaiter de voir son efficacité reconnue par de nouvelles expériences.

Tous les médecins ont pu constater que les solutions de sublimé se troublent au bout de quelques jours; il se forme un dépôt blanchâtre que l'on voit se déposer, de plus en plus épais, sur les parois des flacons.

Naturellement, la teneur du liquide en principe actif diminue d'autant: d'après Vignon, après 7 jours, une solution à 1 pour 1000 ne contient déjà plus que 0 gr. 87 de bichlorure si le vase est bouché et seulement 0 gr. 57 s'il est abandonné au contact de l'air.

Cette décomposition du sel de mercure est retardée par l'addition de matières colorantes, telles que la fuchsine et le carmin d'indigo; elle est entravée surtout par l'addition de chlorure de sodium ou d'un acide qui empêchent la combinaison du métal avec les principes albuminoïdes des matières à désinfecter.

Laplace et Behring avaient proposé des acides chlorhydrique ou tartrique, à la dose de 5 gr. pour un litre de solution à 1 pour 1000; d'après Panfili, l'acide sulfurique serait encore plus actif. Mais on a reproché aux acides d'irriter assez fortement les plaies; il vaut donc mieux s'en tenir au chlorure de sodium, 10 gr. par litre de solution ordinaire.

On observe, chaque été, des accidents parfois graves à la suite de l'ingestion des glaces, et, chose remarquable, il s'agit presque toujours alors de glaces à la vanille.

Celles-ci peuvent être rendues dangereuses, comme les autres variétés, par les microbes qui infectent la glace ou par des ptomaïnes provenant d'une crême décomposée; mais, de plus, la vanille elle-même est souvent colorée artificiellement, d'après James White, avec la noix brûlée de l'anacardium occidentale, noix qui renferme du cardol. Or, le cardol provoque des troubles gastro-intestinaux et peut faire apparaître à la peau une violente inflammation papulo-vésiculeuse.

Il paraît que beaucoup de confiseurs font usage de cette vanille, qui est falsifiée mais aussi trois fois moins chère.

Sous l'impulsion de la concurrence créée par l'électricité, les appareils à gaz se sont singulièrement perfectionnés depuis quelques années. Il y a loin du classique bec papillon qui exigeait 135 litres de gaz pour donner pendant une heure une clarté équivalente à 10 bougies ou du bec rond ordinaire qui brûlait encore 112 litres, aux becs récents de Wenham ou d'Auer qui ne consomment plus que 36 litres et même 20 litres seulement. La dépense par heure s'est ainsi trouvée réduite de 0 fr. 0405 et 0 fr. 0336 à 0 fr. 0108 et même 0 fr. 0060, le prix du gaz étant de 0 fr. 30 le mètre cube.

La lumière électrique est notablement plus chère que celle fournie par le bec Auer. Une lampe à incandescence *poussée*, c'est-à-dire dans laquelle on fait passer un courant supérieur à celui pour lequel elle a été normalement construite, coûte 0 fr. 031 par heure; elle coûte 0 fr. 039 quand on ne la *pousse* pas.

Si nous passons au chauffage, nous constatons que pour élever un litre d'eau de 0° à 100°, il faut brûler 35 litres de gaz avec les appareils les plus perfectionnés, soit une dépense de 0 fr. 0105. Avec un fil métallique porté au rouge par le courant électrique, la dépense serait de 0 fr. 070. Le pétrole à 0 fr. 55 le litre, reviendrait à 0 fr. 00984 seulement; mais le charbon de bois coûterait 50 pour 100 de plus que le gaz.

Voici, du reste, quelques détails pratiques donnés par M. Dumont dans le mémoire que nous analysons.

D'abord, quelques opérations culinaires:

	Durée de l'opération	Litres de gaz consommés	Dépense à 0 f. 30 le m. c.
Pot au feu............	6 h. 25	780	0 fr. 230
Bœuf à la mode......	4 h. 15	280	0 fr. 084
Gigot rôti............	1 h. 05	664	0 fr. 21
Poulet rôti...........	1 h.	371	0 fr. 11
Chocolat au lait (litre).	0 h. 15	58	0 fr. 017

Pour chauffer un bain, soit 250 litres d'eau, il faut dépenser un mètre cube de gaz, en 30 minutes.

Pour maintenir à 18° une chambre de 64mc., l'air extérieur variant de + 2° à + 4°, la dépense de gaz a été de 400 à 1200 litres par heure, suivant la circulation plus ou moins active des entrants et des sortants.

En résumé, pour produire 100 calories, il faut brûler 50 gr. de houille ou 35 litres de gaz, ou dépenser électriquement 116 Watts-heure: les prix de revient sont dans un rapport de 1 à 7 et à 47. La houille est donc beaucoup moins chère que le gaz, mais celui-ci a plusieurs avantages: on l'allume et on l'éteint instantanément, il n'y a plus ni transport, ni maniement de combustible, ni cendres, ni ramonage des cheminées, etc. D'ailleurs, au point de vue de l'hygiène, le

gaz ne présente guère d'avantages sur la houille, et il a en plus cet inconvénient sérieux de faire explosion quelquefois.

Dr AMBLARD (de Bellegarde).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cession de clientèle

On sait que la vente pure et simple d'une clientèle médicale est considérée comme nulle par les tribunaux, mais que cette cession devient valable, lorsqu'elle est accompagnée de certaines obligations, par exemple celle de présenter et recommander le successeur à la clientèle, celle de ne plus exercer la médecine dans un rayon déterminé, etc....

Il peut arriver aussi que la cession soit faite par la veuve ou les héritiers d'un médecin décédé, que le concessionnaire soit installé avec droit au bail dans l'immeuble où le prédécesseur exerçait sa profession ; — dans ces conditions la vente est pareillement valable, ainsi qu'il a été décidé par le tribunal de Versailles, le 8 juin 1894 :

Attendu que la vente pure et simple d'une clientèle médicale est nulle ; qu'il s'agit là en effet d'une chose dont le cédant ne pouvait disposer, puisqu'elle résulte uniquement du choix et de la confiance des intéressés ;

Attendu qu'en l'espèce, les conventions verbales intervenues entre les parties ne portent pas seulement sur la clientèle du docteur Haguenthal ;

Que, d'une part, ainsi que cela résulte d'une reconnaissance, en date du 21 janvier 1892, laquelle sera enregistrée en même temps que le présent jugement, les demandeurs au principal se sont engagés à présenter le docteur Lécuyer comme seul successeur du docteur Haguenthal ;

Que, d'autre part, ils lui ont cédé le droit au bail de l'immeuble où le docteur Haguenthal exerçait sa profession ;

Attendu que ces clauses, qui sont de nature à procurer à l'acquéreur un avantage réel, ne sont pas contraires à la loi ;

Attendu que la veuve Haguenthal a remis à Lécuyer la liste des clients du docteur Haguenthal et qu'elle justifie l'avoir présenté comme successeur, comme elle s'y était engagée, et ce dans la mesure de ses moyens, la femme d'un médecin connaissant peu ou point les clients de son mari ;

Attendu que Lécuyer, qui avait traité après le décès du docteur Haguenthal, ne pouvait compter sur une présentation plus effective, son prédécesseur n'y étant plus pour l'accompagner et le recommander aux clients;

Attendu qu'il n'a pu davantage espérer être présenté par les consorts Zeu et Ysay, qui habitaient loin du pays;

Attendu qu'en fait cette présentation avait même précédé les conventions verbales ; qu'il est établi, en effet, que Lécuyer avait à différentes reprises, remplacé le docteur Haguenthal, notamment pendant sa dernière maladie ;

Attendu qu'aussitôt après le décès du docteur Haguenthal, Lécuyer s'était installé dans sa maison, ou tout au moins dans son cabinet, où il a pu de suite recevoir les clients auprès desquels aucune présentation n'est nécessaire, la plupart d'entre eux venant uniquement parce qu'ils savaient trouver un médecin dans cette maison ; qu'ainsi Lécuyer a immédiatement tiré un profit du contrat intervenu ;

Attendu, d'autre part, que le bail à Lécuyer est d'une durée relativement longue, avec la faculté pour le preneur seul de le résilier à certaines époques, si bon lui semble ; qu'ainsi, Lécuyer a été autant que possible mis à même de remplacer le docteur Haguenthal ; que, s'il n'a su conserver toute sa clientèle, il ne peut s'en prendre qu'à lui seul ;

Attendu que, dans ces conditions, le contrat intervenu entre la veuve Haguenthal et les consorts Zeu et Ysay et le docteur Lécuyer n'a rien d'illicite ; que les demandeurs ayant rempli leurs engagements, Lécuyer ne saurait, sous aucun rapport, en demander la nullité ;

Par ces motifs, dit Lécuyer mal fondé en sa demande reconventionnelle, l'en déboute et le condamne aux dépens.

NOTA. M. le docteur Lécuyer avait introduit une demande reconventionnelle tendant à obtenir la restitution d'une somme de 7,000 fr. qu'il aurait payée à tort pour prix d'une chose hors du commerce, la clientèle de feu le docteur Haguenthal.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de l'Oise.

Le syndicat de Senlis a tenu sa réunion le 20 mai, sous la présidence de M Cézilly :

Présents : MM. Maurat, Leroy, Duprat, Crouzet, Demmler, Jacquot, Rochefort fils, Robert, Chopinet, Manière et Delaporte.

Excusés : MM. Mulette, Bourdon, Bourgeois, Lemaire, Lesguillon, Chevallier, Martin et Gey.

La séance est ouverte à 3 heures et demie par le Président, qui explique l'objet de la réunion, la transformation du Syndicat de Senlis en Syndicat départemental. Il énumère les démarches faites d'accord avec le Dr Maurat, pour provoquer des adhésions qui s'élèvent au nombre de 37.

M. Cézilly fait observer ensuite qu'il convient de nommer un nouveau bureau, pour le Syndicat ainsi modifié et de reviser les statuts

Il ajoute que pour ce qui le concerne, la multiplicité de ses occupations le met dans l'impossibilité absolue d'accepter à nouveau la présidence du Syndicat et il donne ensuite la parole à M. Maurat.

M. Maurat explique que le Syndicat de Senlis n'a jamais cessé d'exister, qu'il a versé tous les ans, sur son capital, une somme de deux francs par membre à la caisse de l'Union des Syndicats médicaux de France. Il propose de continuer ce versement tous les ans; en échange chaque membre recevra le bulletin mensuel de l'Union, organe s'occupant exclusivement des intérêts professionnels médicaux.

Cette adhésion à l'Union permet aussi d'espérer une plus grande action près des pouvoirs publics à l'occasion de la défense de nos intérêts professionnels.

L'assemblée consultée, décide que le Syndicat de l'Oise adhère à l'Union des Syndicats médicaux.

M. le docteur Maurat dit ensuite que la persistance du Syndicat de Senlis, outre les avantages qu'il fait au Syndicat départemental de l'Oise en lui léguant sa caisse, donne également à cette nouvelle Société un commencement d'organisation, un règlement auquel de petites modifications seront peut-être utiles.

Sur la proposition de M. le docteur Maurat, il est procédé par l'assemblée à l'adaptation des statuts du Syndicat de l'arrondissement de Senlis au Syndicat du département de l'Oise. Après discussion, les statuts suivants sont adoptés.

STATUTS

ART. 1er — Il est fondé, entre les médecins qui adhèrent aux présents Statuts, une Association professionnelle qui prend le titre d'Association Syndicale des médecins de l'Oise.

ART. 2. — Le Syndicat est fondé sous le bénéfice de la loi du 21 mars 1884.

ART. 3. — Son siège est à Creil; sa durée est illimitée, de même que le nombre de ses Membres.

ART. 4. — Le Syndicat a pour objet : l'étude de toutes les questions professionnelles en général et en particulier de celles qui peuvent se présenter dans le département de l'Oise.

Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui peuvent augmenter la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

Il poursuivra avec persévérancela répression de l'exercice illégal de la médecine ; il s'efforcera d'aplanir les conflits, qui s'élèveront entre confrères.

ART. 5 — Toute discussion étrangère au but de l'Association est rigoureusement interdite.

ART. 6. — Peuvent faire partie du Syndicat :

1° les médecins régulièrement diplômés qui ont leur résidence dans le département de l'Oise ;

2° les médecins qui, habitant les communes limitrophes du département, se trouvent par là en relations directes avec les premiers.

ART. 7. — Pour être admis comme membre de la Chambre syndicale, il suffit :

1° d'adresser au Président une adhésion écrite aux présents statuts.

L'admission définitive sera prononcée par l'assemblée suivante.

2° de verser une cotisation annuelle, qui est fixée à 5 francs et sera due pour l'année entière, quelle que soit la date de l'adhésion.

ART. 8. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres pour faits graves et portant atteinte à l'honneur professionnel.

ART. 9. — Le bureau est composé d'un président, un vice-président et un secrétaire-trésorier.

Le bureau est nommé pour trois ans ; il est rééligible.

ART. 10. — Le bureau se réunit aussi souvent qu'il en est besoin, sur la convocation du Président.

ART. 11. — Chaque année, les Membres de l'Association sont convoqués en assemblée générale pour approuver les travaux de l'année, recevoir les comptes du trésorier et statuer, après discussion, sur les questions qui figurent à l'ordre du jour.

ART. 12. — Les réunions générales se tiendront à Creil.

ART. 13. — Le compte rendu de ces réunions, rédigé par le Secrétaire-Trésorier, sous le contrôle du bureau, est adressé à chacun des membres du Syndicat.

ART. 14. — Le fonds social se compose du produit des cotisations, indemnités, dons, legs et autres fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

ART. 15. — En cas de dissolution de l'Association les fonds disponibles seront attribués à une Association médicale d'intérêts professionnels.

ART. 16. — Le membre qui, pour une cause quelconque, cesse de faire partie de l'Association, n'a aucun droit. sur le fonds social et ne peut exiger aucun remboursement.

ART. 17. — La dissolution de l'Association ne pourra être prononcée que par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, et à la majorité des trois-quarts des votants

ART. 18. — Des règlements particuliers, adoptés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, les conditions dans lesquelles seront mis en pratique les principes généraux exposés dans les présents statuts.

ART. 19. — Aucune modification aux présents statuts ne pourra être mise en discussion, si elle n'a été préalablement soumise au Bureau un mois au moins avant l'époque fixée pour l'assemblée générale.

ART. 20. — L'Association syndicale des médecins de l'Oise déclare adhérer à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Assistance Médicale.

M. le docteur Maurat reprend la parole pour rendre compte de la mission que le Syndicat lui avait confiée ainsi qu'aux docteurs Cézilly et Demmler, à la réunion de février dernier. Il s'agissait pour nos confrères d'expliquer à M. le Préfet de l'Oise les conditions dans lesquelles nous croyous pouvoir concourir à l'organisation de l'Assistance publique dans les campagnes.

1° Les communes dresseront une liste d'indigents tous les ans.

2° Lorsqu'un membre d'une famille sera considéré comme indigent, toute cette famille sera portée sur la liste d'indigents.

3° Cette liste sera communiquée aux médecins, qui adhéreront au service tel qu'il sera organisé.

4° Les communes verseront à la caisse départementale une somme de cinq francs par tête d'indigent qui grossie d'une subvention départementale constituera le fonds de l'assistance publique.

5° Sur ce fonds de l'assistance publique seront payés.

A. Les journées de traitement dans les hôpitaux.

B. Les médicaments fournis pour les malades traités à domicile.

C. Les honoraires pour visites médicales.

Le prix des visites *et des consultations* est fixé à 1 fr. lorsque la visite a lieu dans la commune, domicile du médecin.

Si le médecin doit se transporter hors de la ville qu'il habite, une indemnité kilométrique de 0,50 lui sera allouée pour chaque kilomètre parcouru à l'aller seulement.

M. le Préfet demandait que les consultations au cabinet du médecin fussent gratuites.

Notre délégation obtint que cette gratuité fût supprimée du projet. Mais elle dut consentir à ce que, en cas d'insuffisance des crédits votés par les communes et les départements, les notes d'honoraires fussent réduites proportionnellement. Cette réduction toutefois ne fut consentie, qu'au cas où elle porterait également sur les mémoires de MM. les pharmaciens et sous réserve d'une augmentation des fonds votés par le Conseil général au bout de 3 années d'expérience.

Dans la commission chargée de cette répartition prendront place trois médecins.

Quelques confrères expriment le regret que M. le Préfet n'ait pas cru devoir prendre une mesure plus simple, qui consistait à faire voter au budget supplémentaire des communes et du département, la somme nécessaire au paiement intégral des mémoires médicaux et pharmaceutiques.

L'assemblée remercie MM. Cézilly, Maurat et Demmler de la démarche qu'ils ont faite auprès de M. le Préfet.

M. le docteur Chopinet, conseiller général, dit qu'il est chargé, ainsi que docteur Baudon, de discuter au sein de la commission départementale l'organisation de l'assistance publique.

L'assemblée exprime l'espoir que nos confrères défendront énergiquement nos intérêts près de cette commission.

Association amicale.

M. le docteur Maurat appelle l'attention de ses confrères sur l'*Association amicale des médecins de France* pour la délivrance d'une indemnité en cas de maladie.

Il dit les avantages que cette association peut dès maintenant assurer à ses adhérents.

Dès aujourd'hui, en échange d'une cotisation annuelle relativement faible, tout adhérent malade recevra, pendant soixante jours, une indemnité quotidienne de dix francs par jour, et ensuite une indemnité mensuelle de cent francs par mois pour le cas où la maladie dépasserait en durée deux mois.

Bureau.

A l'unanimité, moins deux voix, M. le docteur Maurat est élu président du Syndicat médical de l'Oise.

A l'unanimité moins une voix, M. le docteur Leroy, de Noyon, est élu vice-président.

M. le docteur Jacquot est élu secrétaire-trésorier, sur le refus de M. le docteur Demmler d'accepter ces fonctions.

Sur la proposition du Dr Maurat, M. le Dr Cézilly qui, appelé par des devoirs de famille, n'a pu, à son grand regret, assister à la fin de la séance, est nommé président d'honneur par acclamations.

Le Secrétaire-Trésorier, Dr Jacquot. — *Le Président,* Dr Maurat.

Liste des Membres du Syndicat Médical de l'Oise.

MM. **Cézilly**, Chantilly, *Président d'honneur*.— **Maurat**, Chantilly, *Président*. — **Leroy**, Noyon, *Vice-Président*. — **Jacquot**, Creil, *Secrétaire-Trésorier*. — **Cadier**, Paris. — **Chopinet**, Crépy-en-Valois. — **Crouzet**, Creil. — **Delaporte**, Cires-les-Mello. — **Demmler**, Saint-Leu-d'Esserent. — **Dureau**, Senlis. — **de Rayssac**, Senlis. — **Gauron**, Pont-Ste-Maxence. — **Mulette**, Pont-Ste-Maxence. — **Grenier**, Nanteuil-le-Haudouin. — **Troncin**, Plessis-Chamont. — **Delouard**, Béthisy-Saint-Pierre. — **Duprat**, Béthisy-Saint-Pierre. — **Duhamel**, Villembray. — **Gey**, Méru. — **Delobelle**, Noyon. — **Robert**, Guiscard. — **Bouret**, Ribécourt. — **de Saint-Aubin**, Saint-Just-en-Chaussée. — **Chevallier**, Compiègne. — **Lemaire**, Compiègne. — **Lesguillon**, Compiègne. — **Wurtz**, Compiègne. — **Manière**, Estrées-Saint-Denis. — **Rochefort fils**, Tracy-le-Mont.— **Bourgeois**, Auneuil.— **Lavernot**, Orry-la-Ville. — **Klewskowski**, Grand-Fresnoy. — **Bourdon**, Méru.— **Vincent**, Gouvieux.— **Mousset**, Noyon.

Syndicat de Douai.

Séance du 15 mars 1894.

Présents : MM. Sockel, *Président*; Buisson, Pollet, Monnier, Lambilliotc, Deletombe, Vandamme, Desmoulin, Baude, Wigniollc, Frey, Sauceux, Dransart (Somain), Martin, Dubiquet.

Rapport des médecins syndiqués avec les médecins non syndiqués.

M. Monnier rappelle que rien n'a été décidé, lors de la dernière réunion, en ce qui concerne les rapports des médecins syndiqués avec ceux non syndiqués. Il formule à ce sujet la proposition suivante :

« Lorsque, après informations établissant la justesse de la plainte, il sera bien établi qu'un confrère non syndiqué se sera mal conduit à l'égard d'un médecin syndiqué, le bureau du syndicat interviendra directement au nom du confrère lésé. Il présentera telles observations qu'il jugera utiles, et si, malgré ces observations, le confrère non syndiqué ne modifiait pas sa conduite, il en réfèrerait à l'Assemblée générale qui lui appliquerait telle pénalité qu'elle jugerait convenable parmi celles édictées en l'article 21 des statuts. »

M. Buisson estime que l'avis restera platonique, et qu'il sera bien difficile de faire quelque chose de pratique.

M. Monnier répond qu'un médecin, quel qu'il soit, redoutera toujours sa mise en isolement, ne fût-ce que pour la gêne où le mettrait cette pénalité au point de vue de l'exercice de sa profession. Aussi insiste-t-il pour l'adoption de sa proposition.

Celle-ci est adoptée.

Régularisation du livre noir.

Le Secrétaire expose que seuls, MM. Vandamme et Caffeau ont répondu à sa demande de renseignements pour mettre à jour le livre noir. Il déclare n'avoir pu effectuer ce travail, vu le peu de réponses. Quelques membres faisant observer que l'année est trop peu avancée pour signaler ceux de leurs clients qui ne se sont pas acquittés, la question est reportée à la séance prochaine, époque pour laquelle chacun est invité à adresser les renseignements au secrétaire, et ce, sans nouvel avis.

Fédération des syndicats de la région du Nord.

Sans discussion bien approfondie, l'Assemblée accepte le principe de la Fédération des Syndicats de la région du Nord, et nomme à ce sujet une commission spécialement chargée d'étudier les moyens d'arriver à ce résultat. Sont nommés membres de cette commission : MM. Baude, Desmoulins, Pollet.

Sociétés de secours mutuels.

Le Secrétaire expose que, malgré sa nouvelle demande, il n'a reçu aucun renseignement. Il manifeste à l'Assemblée, au nom du Bureau, tout son regret de voir ses membres se désintéresser dans une question aussi importante, et espère qu'on voudra bien apporter plus de régularité dans les réponses que le Bureau réclamera ultérieurement.

Assistance médicale gratuite.

Le Président annonce que, à des titres différents, un certain nombre de membres du Syndicat ont été convoqués par M. le sous-préfet à l'effet de donner leur avis sur l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite. Les chiffres fournis, comme visites faites, de la rémunération donnée aux médecins leur ayant paru inexacts, le Bureau en a demandé communication. Il serait de toute nécessité que chaque médecin fournisse le nombre d'inscrits et la somme touchée, afin que l'on puisse contrôler ces chiffres, et adresser, s'il y a lieu, une protestation. Chacun voudra donc, afin d'éviter des frais inutiles de correspondance et une perte de temps,

tenir compte de cet avis et envoyer les renseignements au secrétaire.

Le Secrétaire, Dr POLLET.

CONGRÈS INTERNATIONAL

des bains de mer et d'hydrothérapie marine.

Les cent cinquante congressistes inscrits, parmi lesquels des Belges et des Anglais, ont été reçus le 25 par le Dr Aigre, maire de Boulogne, et le lendemain le Dr Ovion et le professeur *Verneuil* inauguraient le Congrès, à la Mairie.

L'Assemblée désignait pour président le *Dr Letulle*.

On a rendu l'hommage qui leur était bien dû aux organisateurs MM. les Drs Houzel, Ovion, Dutertre, Déseille, Filliette, Patin et autres confrères de Boulogne, qui tous, se sont signalés, à divers titres, dans la circonstance.

Dans les quatre journées de séances on a écouté et discuté de très intéressantes lectures de MM. Aigre, Calot, Casse (de Belgique), Castex, Doléris, Desnos, Dutertre, Fage, Houzel, Lavrand, Leroux, Letulle, Ovion, Pascalin, Patin, Richelot, Rodet, Vidal, de Backer, Thibierge, Armaingaud, Armand.

Nous publierons ultérieurement quelques-uns de ces travaux et les conclusions générales du Congrès, sans omettre le remarquable éloge de Duchenne de Boulogne, dû à la plume discrète et élégante du Dr Patin et les lectures de MM. Houzel, Ovion, Calot (de Berck) qui parlent en maîtres de sujets qu'ils connaissent si bien !

Nous rendons hommage à la bonne grâce et à l'exquise hopitalité de MM. Aigre, Houzel, Filliette, et autres médecins de Boulogne qui, à l'envi des uns des autres, ont réuni à leur table et comblé de prévenances, les congressistes.

Le banquet offert par la Société médicale de Boulogne était digne de tous les suffrages et les toasts ont été très chaleureux.

On s'est promis de se réunir dans un an en Belgique, à Ostende, sous la présidence du Dr Basse qui, en termes excellents a répondu de l'hospitalité Belge.

On peut être assuré que cette promesse sera largement tenue.

REPORTAGE MÉDICAL

Le concours pour trois places de médecin du bureau central de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Ménétrier, Duflocq et Queyrat.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1894, la chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

— La Russie est décidément plus avancée que nous ; l'ouverture de la Faculté de médecine pour les femmes à Saint-Pétersbourg est proche ; plusieurs personnes ont fait savoir qu'elles sont prêtes à fournir la somme nécessaire qui manque pour les dépenses. Une commission spéciale est élue pour discuter ces projets. M. Berchat a légué 200,000 roubles pour cette Faculté.

Est-ce un progrès ? Cela est discutable.

— Encore une victime de la profession. M. Donson, interne, à Lariboisière, a succombé à la fièvre typhoïde, la semaine dernière.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3926.— M. le docteur BERTY, de Courtenay (Loiret), présenté par MM. les docteurs Gassot, de Chevilly et Lambry, de Courtenay.

No 3927. — M. le docteur BARDET, d'Anet (E.-et-L.), membre de l'Association des médecins d'Eure-et-Loir.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste, par J. CHOQUET, préparateur à l'École dentaire de Paris. Un volume in-18 jésus de 144 pages, prix : broché, 3 fr. ; relié, cuir plein, peau souple, 4 fr.

Jusqu'à ce jour, l'histologie de la dent a été un peu délaissée.

Cela tenait à ce que les données d'une technique spéciale faisaient absolument défaut.

Le livre de M. CHOQUET vient combler cette lacune et nous ne doutons pas qu'il rendra de réels services, non seulement aux dentistes, mais encore aux histologistes, car c'est le premier traité qui paraisse en France et dans lequel on pourra trouver tous les renseignements que nécessite la préparation si ardue et si compliquée des dents en vue de l'examen microscopique.

On y trouvera, non seulement les divers modes de préparation employés à l'étranger, mais encore divers chapitres consacrés tout spécialement au maniement du microscope, aux divers réactifs colorants et surtout à la photomicrographie.

En un mot, le *Traité technique des Préparations microscopiques* est appelé à avoir sa place dans toute bibliothèque de praticien sérieux.

La lèpre, 1 volume in-8° carré de 60 pages, avec 10 planches originales en phototypie. Prix 3 francs.

L'ouvrage contient les résultats des études de l'auteur, sur la lèpre, études faites, pendant un séjour de 26 ans à l'île de Madère où cette maladie s'est maintenue depuis près de quatre siècles. Il démontre, preuves à l'appui, la transmission directe de la contagion d'homme à homme, il expose les conditions de la prédisposition humaine pour la lèpre et de l'immunité de tous les animaux, et, s'appuyant sur des faits bactériologiques, cliniques et épidémiologiques, il propose des mesures destinées à faire disparaître, dans un avenir peu éloigné, les endémies encore existantes sous les zônes les plus diverses et parmi les races les plus différentes.

Il détaille enfin ses essais thérapeutiques multiples et prolongés qui ont abouti à un plan de traitement faisant entrevoir la guérison de la terrible infection prise à son début.

L'ouvrage s'accompagne de dix planches en phototypie dont huit constituent un véritable atlas reproduisant les types les plus caractéristiques des formes et aspects de la lèpre.

Envoi franco contre un mandat-poste, adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 32 11 Août 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

UN MÉDECIN CONDAMNÉ

en cour d'assises pour un crime sans motif !

Nous écrivons ces quelques lignes sous l'empire d'une vive émotion. Nos lecteurs la partageront tous. Un de nos confrères est en prison, depuis le 25 juillet, condamné à trois ans de détention, par la Cour d'assises de Seine-et-Oise. Interrogé sommairement en février, laissé en liberté, il a été arrêté trois jours avant de comparaître devant le jury, condamné et mis au cachot. Une pauvre domestique a reçu du docteur Lafitte à quatre ou cinq reprises, pour une métrite, des soins et des médicaments (le médecin exerce la pharmacie). Elle est sans ressources et le criminel lui a réclamé, pour prix de son forfait, soins et remèdes compris, la somme de trente-trois francs cinquante centimes ! ! !

Donc: *is fecit cui prodest.* C'est l'évidence ! Vous demandez chers confrères :

On a constaté la grossesse ? Non, la fille l'a avouée.

On a vu le fœtus? Non, la fille l'a décrit.

La patiente a donc donné un prix secret, pour salaire du crime commis ? Non, elle ne possède rien.

La grossesse était peut-être des œuvres du condamné ? Non, il ne connaissait pas la malheureuse; elle lui a été amenée par une sage-femme ; l'accusation n'a pas même émis cette supposition.

Alors les experts ont affirmé la culpabilité ? Non, les deux premiers, de province, disent : Nous n'avons rien constaté, nous n'avons rien vu ; la fille ment.

Le troisième expert, de Paris, a donc affirmé ? Non, il s'est moqué du luxe et de la multiplicité des opérations pratiquées par le médecin, au dire de la domestique, opérations, qui ont été près d'un mois sans résultat.

Le médecin n'a donc pas été défendu ? Il a été défendu par un des premiers avocats de Versailles.

Alors le médecin a été innocenté ? Non, il a été condamné pour avortement ; avec circonstances atténuantes ; on a écarté sa qualité de médecin !

Ce médecin avait donc de mauvais antécédents ? Non, irréprochables ! Il a rendu à la France les plus signalés services !

Qui de vous, confrères, pourra se rendre compte du verdict des douze jurés. Mais nous ne voulons rien commenter; pour le moment, mieux valait agir. C'est ce que nous avons fait.

Nous avons reçu, le jeudi 2 août, le récit du Dr Toussaint, affirmé par notre cher confrère de Fourmestreaux. Le journal était en pages; il fallait s'informer, faire des démarches, de concert avec le conseil de direction du Concours, et rechercher les mesures urgentes pour faire accepter le pourvoi signé par le condamné. Il est veuf, âgé de plus de cinquante ans, père de 5 enfants et il a une mère âgée de 76 ans, à qui on a pu, jusqu'à ce jour, cacher la funèbre aventure de son fils.

En présence de ces faits lamentables, nous demandons, à ceux de nos lecteurs qui disposeraient d'une haute relation judiciaire

quelconque, de nous aider, sur le-champ, dans notre pénible mission.

Inutile d'en dire plus ! Nous sommes tous atteints. Pas un de nous ne peut s'assurer de ne point se trouver, demain, dans une redoutable situation. Notre profession est pleine d'embûches. Nous ne pouvons fuir les responsabilités, et lorsqu'un de nous est en danger, nous devons l'assister.

M. Lafitte n'était pas membre du Syndicat. M. le Dr *Jeanne, président du Syndicat de Versailles, et M. de Fourmestreaux* sont allés néanmoins à l'audience, lui prêter l'appui de leur présence. Il ne faisait pas, non plus, partie de l'Association générale, et le *président de la Société locale de Seine-et-Oise, le Dr Leroux*, a cru devoir s'abstenir. Heureusement plusieurs autres médecins étaient présents.

C'est toujours à ceux qui s'isolent, de parti pris, qu'arrivent les funestes aventures.

Nous ne pouvons perdre un instant, bien des jours se sont déjà écoulés. Nous nous hâtons; que nos confrères se hâtent de leur côté.

C'est un innocent ! le jury s'est trompé ! Experts, magistrats, tous sont de notre avis.

Qu'on retienne bien ceci : *Le pourvoi sera examiné, vers le 20, par M. Gauthier, député de Seine-et-Oise, avocat à la Cour, 35, rue Tronchet.*

A. Cézilly.

Récit de M. le Dr Toussaint, d'Argenteuil.

Un médecin en Cour d'assises.

Une affaire, qui intéresse au plus haut point le corps médical, vient de se dérouler devant la cour d'assises de Versailles.

Mercredi (25 juillet), un médecin, un homme instruit et distingué (licencié en droit), un praticien sérieux et apprécié, comparaissait devant le Jury de Seine-et-Oise, sous l'inculpation de complicité d'avortement sur une fille de 27 ans, qu'il avait traitée pendant quelques semaines pour une métrite.

De charges, contre cet honorable médecin, l'instruction n'avait pu en relever aucune, si ce n'est les affirmations de la soi-disant victime. Et voici ce que cette malheureuse racontait :

Le 17 janvier, elle s'était rendue au cabinet du médecin, et celui-ci l'ayant fait coucher sur le fauteuil à spéculum lui avait : *farfouillé la matrice* avec une sonde *qui avait deux pavillons*, et le sang avait coulé abondamment. Puis l'opérateur avait introduit dans l'ouverture, une sorte de tampon gros comme un crayon.

Malgré ces manœuvres, la patiente, descendue du fauteuil, *ne perdit pas une goutte de sang*, put faire *sans la moindre douleur* 8 kilomètres, et travailler aux champs pendant six jours.

Elle revint le 23, le médecin recommença l'opération, et après avoir retiré le crayon, en introduisit un second, *plus petit que le premier*. Et le sang, qui avait coulé de façon à mouiller une grosse serviette pliée en quatre, s'arrêta dès que la femme fut à terre.

Et elle put refaire à pied 8 kilomètres, travailler, six jours encore, aux travaux des champs, sans ressentir la moindre douleur, sans fatigue même, et sans que sa chemise fût tachée de sang.

Le 29 janvier, après son déjeuner, l'opérée ressentit un malaise, et fut soudain, *sans coliques*, débarrassée d'un fœtus du sexe masculin, de 20 centimètres environ de grandeur, *et sur le cordon duquel était accolé le petit crayon* qu'avait 6 jours auparavant introduit le docteur.

Une lettre anonyme avertit le parquet, qui envoya deux médecins experts examiner la fille dénoncée. Mais le fœtus avait disparu. Personne ne l'a vu, ni les médecins, ni les magistrats.

On avait remarqué que la fille Ch. allait chez le docteur ; on l'interrogea sur l'objet de ces visites. En pensant sans doute s'innocenter en accusant quelqu'un, la fille Ch. déclara que *c'était le médecin, qui l'avait fait avorter.*

C'est sur cette histoire que le juge d'instruction de Mantes s'appuya pour faire arrêter un médecin universellement estimé et aimé. C'est sur cette histoire, bâtie d'invraisemblances et de mensonges, qu'a roulé le réquisitoire de l'avocat général.

Les deux médecins experts du tribunal de Mantes, appelés à la barre, détruisirent, par leurs dépositions claires et précises, l'échafaudage de la fille Ch., en montrant la stupidité des détails donnés, et leur absolue fausseté ; et les Jurés qui, dans ces sortes d'affaires, ne voient que ce que leur font voir les médecins, avaient compris que le pauvre praticien accusé était victime d'une rouée ou d'une hystérique ; et l'acquittement du docteur était certain, lorsqu'un autre médecin, un médecin légiste, un homme dont la réputation est faite, est venu, à son tour, déposer devant ces Messieurs de la Cour et Messieurs les jurés. Et alors que tout le monde pensait que ce jeune maître allait, en appuyant les déclarations de ses deux collègues experts, enlever la mise hors de cause du confrère incriminé, voilà que, dans une déposition bizarre, toute farcie de *distingo*, d'*il se peut*, de *qui sait* et de *cela pourrait* être, *cette lumière de la médecine légale* fait l'obscurité dans l'esprit des 12 jurés, fascinés par les raisonnements subtils, les réticences et les hésitations du déposant !

Pensez-vous, docteur, demande le Procureur, pensez-vous qu'une fille qui a subi, qui dit du moins avoir subi, le 17 et le 23 janvier, des manœuvres abortives telles que les décrit la fille Ch., avec pertes de sang abondantes, pensez-vous qu'une fille grosse, dont le col utérin a été par deux fois dilaté, et l'œuf violemment décollé, *ait pu sans hémorrhagie, sans douleurs de* reins, *sans coliques*, *sans* signes de *fatigue*, faire deux fois 8 kilomètres à pied, travailler, à deux reprises, 6 jours durant, au rude labeur de la campagne... ?

Les deux premiers experts avaient répondu nettement : « *Non, cela n'est pas possible.* »

Si le dernier médecin interrogé avait répondu *non*, lui aussi, il était démontré que la fille Ch. mentait, qu'elle avait inventé de toutes pièces le récit fait devant la Cour, que jamais son médecin ne lui aurait fait les prodigieuses opérations qu'elle avait décrites.

Et notre confrère, reconnu innocent, était sur l'heure remis en liberté.

Mais le médecin légiste du parquet de la Seine n'a pas été du même avis que deux modestes médecins experts de province..... et celui dont il s'agit a si peu dit *non* sans dire *oui*, si bien dit *oui*, en disant *peut-être*, que le pauvre confrère, dont je raconte l'histoire, *qui était mon ami et qui l'est encore*, s'est vu condamné à 3 ans de prison, par le jury de Versailles.

J'assistais aux débats avec plusieurs excellents confrères et amis de Mantes, de Versailles et de Paris ; je suis certain d'être l'interprète de leur pensée, en déclarant ici que le malheureux médecin qui pleure, aujourd'hui, désespéré, au fond d'une prison, est innocent.

Une réponse précise, un mot, prononcé sans hésitation, par le troisième expert, eût permis au brillant avocat qui défendait notre ami, avec une si profonde et une si admirable énergie, de convaincre les 12 jurés de sa parfaite innocence. Pourquoi faut-il que ce mot n'ait pas été dit, et qu'à cause de cela un médecin, un confrère soit deshonoré, ruiné, réduit au désespoir !

Dr E. Toussaint.

Nous lisons sous la signature du Dr Legrix, dans le *Journal des Praticiens*, un récit plus détaillé.

La responsabilité du médecin légiste.

Paris, 1er août 1894.

Permettez-moi de vous communiquer mes impressions et mes réflexions personnelles après une séance d'assises.

A Versailles, il s'est déroulé un procès d'ordre médical terrifiant et gros de conséquences pour la profession médicale, jadis si honorée et considérée.

Voici les faits dépouillés d'artifice, de sentimentalité, de confraternité, d'amitié, sans reproche pour qui que ce soit, persuadé que je suis d'être en présence du devoir accompli avec âme et conscience.

Trois personnes sont au banc des accusés : une fille de vingt-huit ans, une sage-femme de soixante-quatre ans, un docteur en médecine de cinquante ans. Tous ont de bons antécédents.

La fille a fait une fausse-couche en janvier. La sage-femme a conduit cette fille chez le docteur, et tous trois ont été arrêtés d'après une lettre anonyme, révélant l'avortement de la fille, et eu signalant trois autres antérieurement.

On constate le fait d'une expulsion utérine quelconque par deux médecins légistes, qui s'en adjoignent aussitôt un troisième de Paris La fille ne le nie pas, déclare avoir accouché à trois mois et demi d'un petit garçon qu'elle a jeté à la Seine. On ne trouve pas, on ne cherche pas le fœtus. La fille explique d'abord le fait par une chute d'une échelle; elle n'accuse personne. Plusieurs jours après la rumeur publique fait connaître l'intervention de la sage-femme, qui a conduit la cliente chez un docteur. Interrogée à nouveau, elle accuse le docteur d'avoir pratiqué sur elle des manœuvres, constatées par les experts légistes comme invraisemblables, incohérentes, et mensongères; en outre, de lui avoir administré des breuvages. Le docteur confesse avoir vu et soigné la fille. Il lui a administré des médicaments toniques, ce qui a été prouvé véridique ; nie énergiquement les manœuvres, et traite de roman absurde et malhonnête les dépositions inexplicables de la fille. C'est, d'ailleurs, l'avis des médecins experts.

Les prétendus manœuvres auraient été pratiquées avec une sonde à double courant, — qu'on n'a pas retrouvée, et par laquelle on n'a pas fait d'injection d'eau, la fille le reconnaît, — et deux petits tampons durs, gros comme un crayon et longs comme deux des phalanges de l'index, introduits à trois jours d'intervalle, sans douleur, ni pendant ni après, le plus petit trois jours après le plus gros. Il serait sorti du sang par la sonde onze jours avant la fausse-couche, et il y aurait eu une abondante perte six jours avant cette même fausse-couche, jour où la fille aurait fait à pied huit kilomètres, sans perdre une goutte de sang, sans souffrir, et cela jusqu'au sixième jour après-midi où la fausse-couche se serait faite sans symptômes antérieurs. Elle aurait retrouvé sur le cordon le petit tampon dur et tellement adhérent qu'elle a dû le couper avec des ciseaux.

Remarquez que le médecin nie ces manœuvres et l'emploi de ces instruments, qu'on n'a pas retrouvés. La sage-femme lui avait amené une femme profondément anémique, tous en ont convenu ; déréglée depuis trois mois, et très leucorrhéique. Il l'examine au spéculum, penche pour une grossesse, sans l'affirmer, constate de la vaginite, une ulcération granuleuse du col, et la soigne localement et sans qu'on puisse incriminer son traitement, les experts en conviennent. En outre, il avait donné des pilules de fer et de quinquina qu'on a retrouvées, des injections de tannin, et conseillé des bains de pied sinapisés. Il avait fourni les médicaments, donné les soins cinq fois et le tout pour la somme de 33 fr. 50.

Voilà les charges d'accusation connues.

Les rapports médicaux sont incomplets naturellement, et semblent conclure à la non-culpabilité évidente.

La déposition orale est plus nette, surtout celle du Dr Dupont (de Mantes). Le Dr Vibert (de Paris), après vingt minutes d'interruption d'audience, au milieu d'une salle de jeunes filles de quatorze à seize ans, et de femmes, etc., fait un cours magistral très intéressant et très instructif d'avortement, à l'aide de crayons, de laminaire, d'éponge préparée, de baleine de parapluie, d'aiguille à tricoter, de plume d'oie, etc., etc. Le Dr Vibert est beaucoup moins affirmatif que le Dr Dupont sur l'évolution d'un avortement, et aux questions que lui posent le président et l'avocat général, il répond nettement qu'il n'y a rien d'impossible, que tout est possible en médecine.

C'est ce qui a provoqué des questions dépourvues de la moindre science médicale ; c'est ce qui a étayé l'accusation de l'avocat général ; c'est ce qui donne une pauvre explication à un verdict incroyable.

Les médecins légistes ne peuvent et ne doivent répondre qu'aux questions posées. Ils ne sont ni accusateurs, ni défenseurs.

Le Dr Vibert, dans sa déposition verbale, a signalé avec une ironie bien caractéristique pour qui est compétent, le luxe de moyens de l'inculpé, qui, en outre, aurait mis presque un mois à provoquer un avortement, et, dans son rapport écrit, a insisté sur les dépositions incohérentes et contradictoires de la fille Chevalier.

Que vient-il à l'esprit dans toute cette affaire ? Le voici : avant d'inculper de complicité d'avortement, il fallait démontrer d'une manière irréfragable qu'il y a eu avortement provoqué. Voilà ce que les premiers médecins légistes auraient dû s'efforcer de contrôler par tous les moyens possibles.

Or, où est le corps du délit ? On n'a pas vu le fœtus, et cependant il était dans la table de nuit, au moment de l'expertise. Eût-il été déjà à la Seine qu'on aurait dû le rechercher, faire des sondages. — Oh ! alors, on aurait eu des renseignements positifs sur le fait, on aurait connu la vérité. On aurait découvert s'il y avait eu tentatives d'avortement, les ecchymoses caractéristiques, les piqûres, les plaies, les contusions de l'instrument, sur la tête, sur le corps du fœtus ; on aurait constaté d'une manière irrécusable, l'état de la membrane amniotique décollée, ou piquée, ou déchirée, ou escharifiée ; ou bien, au contraire, s'il n'y avait

pas eu crime, on aurait reconnu une maladie du placenta, du cordon, du fœtus lui-même.

Eh bien ! tout cela, l'instruction l'a négligé, les médecins légistes n'en ont même pas fait mention, les avocats n'ont pas insisté sur ces preuves absolues.

Et l'examen général de la fille a-t-il été fait ? On n'en a dit mot. Ne pouvait-il pas donner de précieux renseignements ? En dehors de l'anémie, qui provoque fréquemment une fausse-couche, les diathèses héréditaires ou acquises étaient à considérer ? Qui dit que la fille n'est pas syphilitique ? C'est une cause extrêmement fréquente des avortements vers le troisième ou le quatrième mois.

Et si l'on avait délié du secret professionnel le Dr B..., qui l'a invoqué, et même le Dr L..., et qu'on leur ait demandé, à celui-là pourquoi elle l'avait consulté il y a deux ans, et à celui-ci, si le col utérin était vierge, là encore on aurait eu des présomptions pour ou contre certaines diathèses, que de précédents rapports masculins, de précédentes fausses-couches présumées auraient corroborées. Rien de tout cela n'a été fait.

On admet la dénonciation anonyme, et on n'essaie pas d'en approfondir ni la substance, ni les trois fausses-couches signalées, faits qui auraient été d'un poids immense dans la défense. Des fausses-couches antérieures impliquent ou bien des manœuvres antérieures et les connaissances en la matière de la fille C..., ou bien une tare provoquant des fausses-couches naturelles, spontanées.

C'est là où l'on se rend compte de l'importante fonction des médecins légistes, et de l'écrasante responsabilité qu'ils assument en ne signalant pas ces lacunes de l'instruction.

Aussi, je soutiens, moi médecin, que la fille C... n'a pas avorté. Personne au monde ne peut me prouver le contraire jusqu'à l'examen du délit qu'on n'a pas vu et qui n'a pas été fait.

Quel a été le verdict ? Culpabilité de la fille, culpabilité du docteur, acquittement de la sage-femme : deux ans de réclusion à l'une, trois ans à l'autre avec circonstances atténuantes. Pour le docteur, quelle ironie ? Il est coupable, ou il ne l'est pas : il n'y a pas de milieu.

A la lecture de cette sentence irrévocable, un silence de mort a pesé sur toute la salle. L'avocat H. Haussmann avait terminé son plaidoyer, en disant :« Ce n'est pas l'acquittement que je réclame. « Il s'impose. Je vous demande la réhabilitation de « cet homme qui n'aurait jamais dû paraître sur « ces bancs. »

J'ai dit ce que ce jugement a de terrifiant ; je dois dire combien il est gros de conséquences, pour les médecins.

Si le public connaissait le défaut de la cuirasse de la profession médicale, au point de vue légal, il ne se passerait pas de semaine où un médecin ne se verrait traduit devant les tribunaux, à propos du secret professionnel, de certificats de complaisance, de dommages-intérêts, etc., etc.

Désormais, il suffira, avec ce précédent, d'une lettre anonyme, d'une déposition quelconque de la part d'une personne quelconque, contre un médecin, pour le faire arrêter et conduire en prison préventive, pour le condamner, s'il ne peut pas prouver le contraire, si seulement il reconnaît avoir donné des soins à celui qui l'accuse.

Aujourd'hui que l'on pratique quotidiennement l'hystérométrie, il arrivera de faire cet examen courant, banal, chez une femme, affirmant avoir ses règles lorsqu'elle ne les voit pas, affirmant avoir consulté tel médecin, la traitant pour un fibrome interstitiel ou autre, pour tomber dans le panneau de la meilleure foi du monde, d'explorer un utérus gravide, de provoquer une fausse-couche involontairement et de ne pouvoir prouver la légitimité de votre exploration. On risque fort d'être condamné si la femme ou la famille le veut, ou si un tiers dénonce les confidences d'une amie.

Aujourd'hui, un mari vient vous demander naturellement presque banalement, de pratiquer un avortement sur sa femme. Le Dr Vibert m'avouait lui-même qu'il ne se passait pas d'années sans voir cinq ou six personnes dans ce cas, et chaque médecin pourrait en dire autant. Demain, avec plus de connaissances, on tendra des pièges, et malheur aux médecins qui ne les apercevront pas.

Aussi, je conseille fort, et j'ai l'habitude, lorsqu'il s'agit de visite intime d'une femme d'exiger la présence d'un tiers, le mari, la sœur, la mère, la tante, l'amie. On ne saurait être trop prudent.

Je commence à croire la vérité de la parole de Voltaire : « Si l'on m'accusait d'avoir volé les tours Notre-Dame, je commencerais par m'esquiver. »

Après cela, je donne à méditer et à déduire aux juges, aux procureurs, aux ministères publics, aux avocats, aux médecins légistes et surtout aux médecins. — Dr Le Grix.

Une lettre du Dr Lafitte.

Interrogé en février, laissé en liberté, le Dr Lafitte n'a été incarcéré que le 22 juillet. On jugera par sa lettre du 24 juin que le malheureux n'avait aucune idée des dangers qui le menaçaient.

Rosny, le 24 juin 1894.

Monsieur et honoré Confrère,

Je lis, dans un journal d'intérêt local, que le Sénat prépare une loi dans laquelle est un article interdisant l'exercice de la pharmacie au médecin, s'il n'est à *10* kilomètres d'une pharmacie.

La loi votée par la Chambre des députés avait fixé la distance à *4 kil.* Qu'adviendra-t-il si cet article passe ?

J'ai pris et payé il y a deux ans un poste médical ici, *parce qu'on y fait de la pharmacie*. C'est une ruine pour moi, si je suis privé de cette pharmacie, qui est le 40 % de mes revenus liquides.

D'autre part, tout en étant à 6 kil. des autres pharmacies, j'ai des clients qui sont à 10, 12 et 14 kilomètres de toute pharmacie.

Que devrai-je faire ?

La loi n'ayant pas d'effet rétroactif, pourrai-je continuer comme par le passé ?

Depuis que ce malencontreux journal m'est tombé sous la main, je suis tout désorienté.

Je puis dire que si je suis profondément lésé dans mes intérêts, mes clients ne le seront pas moins, obligés qu'ils seraient de faire de 12 à 24 kilomètres pour chercher leurs médicaments.

En attendant, le malade a le temps de mourir dix fois.

Je ne comprends pas que les sénateurs, dont plusieurs sont médecins, ne comprennent pas que cette loi, tout en faisant du tort à nombre de confrères, en fera un bien plus grand encore aux malades.

Veuillez agréer, etc.

Dr F. Lafitte.

Est-ce là le langage d'un criminel qui n'a d'autre souci que la conservation du modeste et pénible gagne-pain de sa famille ?

SÉANCE DU CONSEIL DE DIRECTION du 7 août 1894.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.
Excusé : M. Gibert.

Le Conseil constate l'achat, pour la Société civile, de 2 obligations 3 % Est nouveau nos 1.176.605-1.176.606, et de 1 obligation 3 % Est nouveau no 1.176.604 pour la caisse de Prévoyance.

Il s'occupe ensuite de quelques questions intéressant l'*Association amicale* qui, par suite de l'absence du Secrétaire général, ne peut tenir une séance régulière.

Après examen du texte adopté par la Commission sénatoriale sur la proposition de loi concernant l'*exercice de la pharmacie*, le Conseil décide qu'il maintient, intégralement, ses revendications antérieures et proteste contre les aggravations apportées par la commission au texte voté par la Chambre des députés et notamment : 1° contre l'extension de 4 à 6 kilomètres de la distance au delà de laquelle les médecins pourront délivrer des médicaments ; 2° contre la faculté donnée au pharmacien de délivrer, sans ordonnance, les médicaments autres que les substances vénéneuses. Il réclame à nouveau un article maintenant les droits acquis antérieurs aux médecins que la loi de Germinal autorisait à faire de la pharmacie.

Le Directeur expose l'affaire de la condamnation, en cour d'assises, de notre confrère, le Docteur Lafitte. Il dit les démarches qu'il a faites, et le Conseil discute les nouvelles démarches à faire pour défendre notre malheureux confrère, évidemment innocent et victime d'une erreur du jury.

Le conseil dépouille ensuite la correspondance et s'occupe des questions pendantes.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le mercure et la diphtérie.

Il est question en ce moment du traitement de la diphtérie par les attouchements locaux de sublimé corrosif. Ce n'est pas un traitement nouveau certes, car en 1867 déjà, il était préconisé en Italie par *Billotti*, et les Allemands l'emploient presqu'exclusivement depuis longtemps. Le seul inconvénient du sublimé est qu'il est fort peu maniable et qu'aux doses où il n'est pas nuisible au malade, il n'est pas suffisant pour détruire le bacille de Loeffler.

MM. *Sevestre et Moizard* viennent d'expérimenter à l'hôpital Trousseau un procédé d'application topique du sublimé imaginé par le Dr *Goubeau*, d'Ecueillé (Indre), qui leur a donné des résultats supérieurs au phénol sulforiciné et au stérésol dans le traitement de l'angine diphtérique. On emploie, suivant les indications de M. Goubeau, le sublimé dissous dans la glycérine au 20e. Pour les petits enfants, de quelques mois à deux ans, c'est d'une solution au 30e ou au 40e que l'on se sert.

C'est un liquide de consistance sirupeuse, absolument transparent ; contrairement à ce qu'on pourrait supposer, il n'est nullement caustique. Quelques gouttes de ce liquide mises sur la langue ne déterminent aucune sensation de cuisson, aucune douleur, laissant seulement un goût métallique, qui ne tarde pas à disparaître. Du reste, les enfants assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, n'accusent pas de douleurs après le badigeonnage.

L'application sur les amygdales d'une substance aussi toxique nécessite des précautions qui méritent quelques détails.

Pour pratiquer ces badigeonnages, il faut, s'il s'agit d'un enfant, que le malade soit enlevé de son lit, entouré d'un drap plié en plusieurs doubles, et solidement maintenu par une personne vigoureuse, qui fixe la tête contre sa poitrine. Ceci fait, le médecin maintient la bouche largement ouverte avec la main gauche armée d'un abaisse-langue, ou d'une cuiller, et pratique le badigeonnage de la main droite.

Pour le faire, on peut se servir soit des pinceaux molletonnés de M. de Crésantignes, soit de pinces à forci-pressure, dont l'extrémité est garnie d'un tampon d'ouate antiseptique, soit, ce qui est beaucoup plus simple, de manches de pinceaux ou de porte-plumes dont une des extrémités est garnie d'un bourdonnet d'ouate du volume d'une olive à peu près. Quelle que soit l'instrumentation, il est nécessaire d'avoir trois pinceaux ainsi préparés. Chaque badigeonnage se compose, en effet, de trois temps. Dans un premier temps, on nettoie la gorge, aussi exactement que possible, avec un pinceau sec, cherchant à enlever le plus de mucosités possible, à détacher également les fausses membranes, mais sans effort, sans violence, évitant d'excorier la muqueuse.

Cela fait, on touche, dans un second temps, les parties malades avec un autre pinceau trempé dans la glycérine sublimée et exprimée. Cet attouchement est fait légèrement. Enfin, pour éviter la déglutition du liquide, on essuie immédiatement après les parties sur lesquelles on vient de l'appliquer avec le troisième pinceau.

Grâce à ces précautions, il n'y a pas à redouter les accidents d'intoxication, qui, *a priori*, sembleraient singulièrement à craindre.

Cette petite opération en trois temps se fait très rapidement, s'il y a autour du malade un personnel suffisant. Les pinceaux d'ouate préparés d'avance, et l'un d'eux imbibé de glycérine au sublimé, sont passés successivement à l'opérateur. En quelques secondes tout est terminé et le malade remis au lit.

On ne pratique que deux badigeonnages par 24 heures, trois au plus, dans les cas graves.

Sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes se modifient rapidement. Quand il s'agit d'angine moyenne, dès le second jour du

traitement, elles deviennent moins épaisses, plus molles, prenant cette coloration légèrement grisâtre, qui indique l'imminence de leur chute.

Il est rare qu'il y ait encore des membranes après le 5e jour.

Sur 261 angines diphtériques traitées par M. Moizard, M. Sevestre et M. Goubeau, au moyen des attouchements de glycérine sublimée, on constate que la mortalité a été à peine de 31, ce qui équivaut à environ 82 °/o de guérisons. Ces résultats sont certainement très satisfaisants, auprès des statistiques d'autrefois.

Le mercure est regardé en ce moment d'ailleurs comme le véritable spécifique de la diphtérie, non seulement contre le bacille lui-même, mais encore contre l'intoxication résultant de la diffusion dans le sang des toxines diphtériques.

M. le Dr *Guelpa*, qui a étudié cette question tout particulièrement, croit, avec le Dr *Piédallu*, du Raincy, que le mercure doit être administré de préférence à l'intérieur par la voie stomacale, sous forme de sirop de Gibert ou de solution biiodurée jusqu'à imprégnation complète des tissus et salivation mercurielle. C'est de cette façon que le mercure agirait le mieux sur la diphtérie, les attouchements locaux étant fort accessoires, au point de vue de la substance employée, tout au moins. M. Guelpa insiste sur l'utilité des lavages abondants aqueux ; mais peu lui importe la solution (perchlorure de fer à 1 0/00, acide borique, phénosalyl, etc.) ; comme complément indispensable, il donne le mercure à l'intérieur jusqu'à salivation ; les enfants d'ailleurs, supportent bien le mercure.

L'antipyrine comme analgésique vésical.

Le Dr *Vigneron*, de Marseille, a observé que, dans bien des cas de cystite accompagnée de douleurs très intenses, les injections d'antipyrine intravésicales, avaient une action analgésiante extrêmement prononcée. Il est important pour cela que la vessie ne soit pas distendue. On injecte dans la vessie, avant de pratiquer un lavage ou une instillation, 10 à 20 grammes de solution d'antipyrine à 1/25e, qu'on laisse dans la vessie pendant dix minutes environ, temps nécessaire pour permettre une absorption suffisante. Quand la vessie est distendue, on devra se contenter, pour ne pas allonger indéfiniment l'opération, d'injecter après le lavage 60 à 120 grammes, ou plus, de solution de 1/100e à 1/200e et on l'abandonnera dans la vessie.

M. Vigneron insiste sur l'innocuité parfaite de l'antipyrine dans la vessie, même après un usage prolongé pendant des mois. Laissée dans la vessie, la solution supprime les contractions douloureuses ; de plus, elle peut être considérée comme un antiseptique suffisant, valant les solutions boriquées.

CONGRÈS DE BOULOGNE-SUR-MER

Le Congrès d'hydrothérapie maritime vient de se tenir pour la première fois à Boulogne-sur-Mer, sur l'initiative des médecins boulonnais, et en particulier des Drs *Houzel, Aigre, Ovion, Deseille*, du 25 au 29 juillet. Nous en avons déjà dit quelques mots à l'occasion de son ouverture et de sa clôture dans notre reportage médical. Nous allons maintenant essayer de donner une idée à nos lecteurs de ses résultats scientifiques et pratiques.

Le professeur Verneuil a d'abord rendu hommage à la mémoire du médecin illustre, qui a, par ses remarquables travaux, contribué à la gloire de la science française, *Duchenne, de Boulogne*. M. le Dr Patin a prononcé l'éloge de ce savant si modeste et nous le publierons dans nos colonnes en feuilleton.

Trois grands sujets ont été abordés et partiellement résolus dans les séances du Congrès de Boulogne :

1° Les rachitiques aux bains de mer ;

2° Les tuberculeux à la mer ;

3° Les adénoïdes naso-pharyngiens, et subsidiairement les malades atteints d'affections du larynx, au bord de la mer.

Quelques questions accessoires, telles que l'arthritisme, les ophtalmies, les dermatoses aux bains de mer, ont été aussi traitées, ainsi que l'influence de la mer sur la menstruation, la stérilité et les corps fibreux.

I

Le rachitisme à la mer.

M. *Leroux*, de Paris, cite deux observations d'enfants rachitiques gravement atteints avec troubles digestifs, chapelets costaux, déviation du tibia. Le séjour de deux ans à Arcachon a provoqué non seulement la guérison, mais la disparition des courbures tibiales et du gonflement des épiphyses. Ce séjour leur a procuré de plus une augmentation considérable de poids. Si on fait la comparaison avec les tableaux de Quételet, on voit qu'auparavant ils étaient bien au-dessous de la moyenne et qu'ils y sont aujourd'hui revenus. Comme accroissement de taille le même fait doit être observé.

Les résultats généraux du traitement de Banyuls-sur-Mer ont donné une moyenne de guérison de 66 pour 100, proportion trop faible, parce que la durée moyenne de séjour a été insuffisante, 380 jours pour chaque malade.

De plus, souvent on envoie trop tard les rachitiques aux bains de mer et, si la guérison survient, les courbures persistent.

Aussi l'œuvre des sanatoria s'est décidée à créer à Banyuls-sur-Mer un service de tout jeunes enfants.

L'orateur conclut donc que le rachitisme, même grave, guérit par le traitement marin et guérit d'autant mieux qu'il y vient plus près du début de la maladie, et qu'il est soumis au traitement prolongé pendant un temps suffisant de deux ans au moins.

Et il demande : « qu'il soit créé des pavillons annexés à ceux adoptés pour les enfants tout jeunes de 13 à 18 mois, et destinés au traitement du rachitisme. »

M. *Armaingaud* appuie cette proposition. Les résultats étaient si beaux qu'on a déjà créé à Arcachon un service de 30 lits pour les enfants de 12 mois et au-dessus, et non seulement ce service contient des rachitiques, mais encore des scrofuleux et des candidats à la tuberculose. Ces derniers sont des fils de tuberculeux encore indemnes de lésions. Les résultats sont excel-

lents. Aussi désirait-on ajouter aux rachitiques ces deux dernières catégories de malades.

M. *Calot* regrette qu'on n'ouvre pas les portes des hôpitaux administratifs aux enfants âgés de moins de deux ans. Il ne compte pas d'une façon absolue sur l'influenee de l'air marin pour redresser les membres quand on ne s'adresse pas à la maladie dès le début. Aussi est-il alors nécessaire de faire œuvre d'orthopédiste et d'agir pendant le séjour à la mer, sans attendre le retour à Paris.

M. *Armaingaud* se demande à quel moment on doit désespérer de l'action de la mer et recourir au traitement chirurgieal. Il a vu des malades incurvés, dont on avait d'abord désespéré, revenir néanmoins à la rectitude au bout de deux à trois ans de séjour au sanatorium.

M. *Calot* pense que cette décision doit être prise seulement, quand la nutrition redevient favorable, et que l'état général s'améliore.

M. *Verneuil* rappelle que, dans une discussion à la Société de chirurgie, des moules, envoyés par Cazin, de Berck-sur-Mer, montrèrent que le redressement s'était opéré spontanément.

Le vœu de M. le Dr Leroux est adopté (1).

Cette question d'ailleurs est déjà ancienne. Le regretté Dr *Cazin*, de Berck, avait bien montré cette influence salutaire de la mer, du séjour permanent sur la plage, dans le sable humide et l'eau de mer, sur les enfants rachitiques même avancés.

II

Les tuberculeux et le traitement marin.

M. le Dr *Letulle* montre l'encombrement des hôpitaux de Paris par les tuberculeux et l'effroyable mortalité, qui est d'ailleurs favorisée par l'impossibilité de tout traitement complet dans ces hôpitaux. Il y a plus de 6,000 malades à Paris qui vont ainsi mourir à l'hôpital, sans avoir reçu de traitement rationnel. Le futur sanatorium d'Angicourt (Oise) coûtera des millions et et ne servira guère qu'à 2 ou 300 malheureux phtisiques. M. Letulle voudrait : 1° qu'on fît promptement un elassement de tous les tuberculeux parisiens indigents ; 2° qu'on dirigeât rapidement tous les tuberculeux eurables sur des sanatoria provinciaux méditerranéens (Corse, Algérie, Tunisie) ; 3° qu'on créât des lits d'hospice et des services particuliers pour les phtisiques non transportables ; la journée d'hôpital est pour ces malades une dépense inutile ; leur séjour dans les salles générales, un danger.

M. *Verneuil* insiste sur la nécessité de montrer aux familles l'imminence de la contagion tuberculeuse et l'urgence de la désinfeetion des locaux que les phtisiques ont habités.

M. *Houzel*, de Boulogne-sur-Mer. Les tubereuloses, qu'on appelait il n'y a pas encore bien longtemps « la scrofule », sont toutes justiciables du traitement marin. L'atmosphère marine, les bains de mer, dans eertains cas l'hydrothérapie marine, font des merveilles, à la condition d'être employés pendant un temps suffisant. La guérison est définitive, au point que les anciens malades peuvent engendrer des enfants sains et sans tare.

L'auteur présente deux sujets qui, après avoir été guéris par la mer, et un peu aussi par le bistouri, de manifestations tuberculeuses multiples, se sont mariés et ont eu des enfants sains. Les faits datent de plus de vingt ans. Ils ont été très fortement éprouvés par la tubereulose, et il a fallu qu'ils fussent bien profondément guéris pour donner naissance à un enfant aussi bien portant et d'aussi belle venue.

Voici l'observation résumée de ees malades :

Antoine Clément, né à Nancy en 1851, a été élevé à Cormont, arrondissement de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais), où il arriva en 1854, avec des paquets d'adénite tuberculeuse du eou. Son adénite s'étant ulcérée, il fut envoyé à Groffliers, en 1866, où une année de séjour au bord de la mer nettoya et eicatrisa son cou.

Le traitement marin l'a guéri de ses multiples manifestations tuberculeuses, et depuis 23 ans la guérison ne s'est pas démentie.

En juin 1878, il épousa Louise Galant, qu'il avait connue aux bains de mer de Groffliers et qui n'avait rien à lui envier au point de vue de la tubereulose.

Née à Paris en 1863, de 3 à 7 ans, elle avait eu des adénites suppurées du eou, le maxillaire inférieur droit avait même été touché.

A la fin de 1868, elle arriva aux bains de mer à Groffliers, le cou tout en suppuration, avee de la blépharite et de la double kérato-eonjonctivite tuberculeuse.

Il fallut quatre ans de séjour aux bords de la mer et de bains pour la transformer et la guérir. Depuis la fin de 1872, elle a toujours été bien portante.

De son mariage avec Clément sont nés deux enfants absolument sains et sans la moindre tare : Louise, née le 17 avril 1879 et Emile, né le 13 janvier 1881. Ce dernier sueeomba à la fièvre typhoïde au mois de mai 1883.

Quant à la fille, elle n'a jamais été malade, elle est bien développée et elle n'a pas la moindre apparenee de tubereulose, bien qu'elle exerce une profession, qui n'est rien moins qu'hygiénique, couturière, elle passe presque tout son temps sur une chaise.

Cet exemple constitue la meilleure preuve qu'on peut donner de la toute-puissance de la mer, pour reconstituer des sujets absolument envahis par la tuberculose et pour les guérir : il faut ajouter cependant que le traitement marin, quelqu'effieace qu'il soit, est long ; ce n'est pas en une saison, ni même en deux, qu'il arrive à guérir des sujets aussi profondément atteints.

Les personnes qui viennent passer une saison aux bains de mer, eroyant ainsi se guérir de la tuberculose, imitent les fiévreux qui espèrent faire disparaître la malaria avec une seule dose de sulfate de quinine.

Les conelusions suivantes paraissent déeouler néeessairement de ee qui préeède :

1° Le traitement marin est tout-puissant pour guérir les tuberculoses, à la condition qu'on lui en donne le temps.

2° La guérison est eomplète et définitive, au point que l'union d'anciens malades entre eux n'a aucune influence fâcheuse sur leur descendance.

Tous les enfants assistés scrofuleux soignés à Berck-sur-Mer n'ont jamais eu de réeidive, ear ils restent dans le pays. Au contraire, les petis malades parisiens envoyés à Berck rechutent souvent à leur retour à Paris.

(1) *Médecine moderne*, n° 60, 1894.

M. *de Backer* vient de nouveau exposer sa méthode thérapeutique antiphtisique et affirme que le traitement maritime est un excellent adjuvant du traitement mycodermique. La méthode mycodermique donne de bons résultats dans toutes les tuberculoses torpides, avec une circulation peu active et mauvaise globulisation.

Le climat marin convient admirablement à ce défaut de *globulation* : il fouette le sang et lui donne une activité favorable qui, n'allant point jusqu'à la suractivité fébrile, est un véritable bienfait. Les forces physiques augmentent, l'appétit se réveille, l'assimilation est plus complète, la respiration se fait plus ample et l'état général entraîne ce qui peut encore se trouver de plus faible dans quelques points isolés.

Le traitement marin pouvant être défini un vigoureux coup de fouet appliqué à l'économie tout entière, ira donc à merveille à la période *torpide* de la tuberculose ; mais entendons-nous sur ce terme et gardons-nous de conduire à la mer « un phtisique à fièvre », car chez lui, la réaction fébrile est l'indice du travail bacillaire dans les humeurs, la lymphe et le sang, et il faut bien craiudre, daus ce cas, que ce travail bacillaire ne soit activé au lieu d'être entravé par le surcroît de combustion organique du climat marin.

M. *de Backer* conclut que le traitement mycodermique ayant pour résultat la fabrication interne d'éléments antidéperditeurs, tels que alcool, acide carbonique, acide succinique, glycérine, et ceci à l'état naissant, ce traitement, fera mieux supporter le climat marin ;

Il ajoute : « Les deux traitements contribueront pour réagir contre la bacillose latente, l'un en assurant une certaine immunité au sujet, l'autre en rendant le terrain général moins apte à cultiver le bacille. »

M. *Vandremer*, de Cannes, a remarqué que l'air maritime est excellent pour les tuberculeux héréditaires et les tuberculeux au début. Il en a retiré de plus grands avantages que de l'air des montagnes. Pour lui, l'atmosphère marine contient des sels qui comblent les pertes minérales de ces malades.

A propos de l'atmosphère marine, une discussion s'élève. Plusieurs médecins prétendent que l'atmosphère marine ne diffère pas de l'atmosphère terrestre. M. Verneuil prétend le contraire, car, dit-il, les cancéreux ne peuvent séjourner sans inconvénients au bord de la mer. Leur état s'aggrave singulièrement, et cette aggravation ne peut s'expliquer que par la présence de l'iode dans l'air de la mer.

M. le Dr *Aigre*, maire de Boulogne, dit que cette expression de « Bord de la mer » a besoin d'être bien précisée pour avoir un sens réel. Ce que l'on entend en général par ces mots « le bord de la mer » n'est souvent qu'un leurre, un trompe-l'œil, la véritable atmosphère marine avec toutes ses influences bonnes ou mauvaises ne s'étend que dans un rayon fort restreint. Aussi le séjour au bord de la mer ne compte pas ou presque pas, à moins d'habiter tout près du rivage que nous pourrions évaluer à cinq cents mètres au maximum, sans qu'il y ait, bien entendu, et *c'est là une condition essentielle*, interposition de murs de construction, d'arbres ou d'obstacle quelconque.

L'auteur cite à l'appui de sa thèse deux ordres de faits :

1° Action nulle de l'atmosphère marine sur les enfants lymphatiques, qui viennent à Boulogne en pension. Action très nette, au contraire, si on les retire de la pension pour les installer sur la plage ;

2° D'autre part, les herpétiques et les arthritiques autochtones ne souffrent que quand ils vont à la plage et ne manquent jamais alors d'être pris de migraine, d'éruptions.

Conclusions : Le séjour au bord de la mer n'existe que si on habite le rivage même. D'où découle l'indication de choisir la plage même pour la construction des sauatorias maritimes.

D'après M. *Casse*, de Middelkerke (Belgique), dans l'atmosphère marine, il n'y a pas de sels en suspension ; il y a seulement dans cet air de l'eau de mer pulvérisée, de la vapeur d'eau mélangée d'eau en nature. Le mode de propagation de l'eau dans l'atmosphère marine se fait en réalité par l'entraînement par les vents de l'eau de mer pulvérisée existant alors à l'état vésiculaire. Pour que cette pulvérisation puisse se faire, deux conditions essentielles sont nécessaires : la première c'est que la vague se brise contre les obstacles et la seconde qu'il y ait du vent ; c'est là un fait constant dans les mers à marée. Pour vérifier ces données, l'auteur s'est livré à de nombreuses expériences confirmatives.

Le sel de l'atmosphère marine n'est pas entraîné au loin, mais se dépose sur les végétaux et le sol à une distance très rapprochée.

De plus, l'atmosphère marine est plus pure, et la lumière plus intense. La preuve la plus évidente de cette intensité est son action sur les plaques photographiques : elles nécessitent un temps de pose qui n'est que le tiers de celui nécessaire daus l'intérieur du pays. Enfin, l'ozone se trouve en quantité bien plus forte dans l'atmosphère marine que dans celle de l'intérieur ; c'est peut-être bien à elle que l'on doit attribuer le coryza et les irritations bronchiques quelquefois assez fortes que l'on éprouve en arrivant à la mer. Elle a, de plus, une influence thérapeutique incontestable. Il faut rechercher la guérison de la tuberculose dans l'action prolongée de l'air atmosphérique qui amène une modification constitutionnelle.

Le traitement maritime doit être prolongé pendant un temps suffisamment long, jusqu'à ce que l'organisme transformé puisse affronter impunément l'air des villes, sinon on s'expose à des récidives chez des sujets en apparence guéris.

L'auteur ne partage pas la manière de voir des Italiens, qui ne préconisent qu'un séjour temporaire à la mer.

Tout au moins faudrait-il distinguer entre les enfants que l'on envoie à la mer : les uns, affaiblis seulement et se trouvant dans la possibilité de réparer rapidement leurs forces, ne resteront qu'un temps relativement court dans les sanatorias ; les autres, vrais malades, seront envoyés dans les hôpitaux maritimes permanents pour y séjourner le temps nécessaire à la guérison et recevoir à la fois les soins médicaux et chirurgicaux qu'exige leur état.

M. *Ménard*, de Berck, donne les résultats statistiques qu'il a obtenus dans le traitement

des abcès tuberculeux ossifluents à Berck. Il pratique l'évacuation et les injections d'éther iodoformé, de naphtol camphré ; ces opérations sont renouvelées de 4 à 7 fois et la guérison obtenue en 3 mois environ. Une antisepsie rigoureuse est nécessaire pour obtenir la cicatrisation facile des fistulettes créées par le trocart.

Enfin, à propos du climat de Boulogne, M. *Phlip* se livre à quelques considérations d'où il ressort qu'il convient bien aux tuberculeux, comme celui de Folkestone, de Margate, de Ramsgate.

III

Les affections naso-pharyngiennes et laryngées à la mer.

M. *Verneuil.* L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, les végétations adénoïdes reçoivent une influence favorable du séjour maritime. On sait combien elles sont fréquentes, et le traitement chirurgical à lui seul est impuissant à les faire disparaître, si on ne prend pas de précautions hygiéniques.

M. Verneuil n'a pas reconnu les végétations adénoïdes comme aussi fréquentes qu'on le signalait. Autrefois on diagnostiquait fréquemment des polypes et de l'obstruction du voile du palais, alors qu'il s'agissait d'adénopathie pharyngée et on guérissait par l'hygiène. La pratique actuelle est absolument exagérée. A peine le diagnostic de végétations adénoïdes fait, on y porte le bistouri ou le cautère. Il est aussi faux d'agir ainsi que d'opérer dans tous les cas de tuberculose locale. Autrefois l'opération était l'*ultima ratio*, aujourd'hui c'est la *prima ratio*. C'est là une inversion que l'auteur blâme de toutes ses forces.

Quand on a reconnu les végétations adénoïdes, il faut s'attaquer à la cause générale, à la diathèse.

M. Lermoyez cite des exemples extrêmement fâcheux du curettage.

M. *Castex.* Les végétations adénoïdes sont une maladie fréquente, mais les malades vont surtout chez les spécialistes, d'où il résulte que ceux-ci en voient plus.

Le facies adénoïdien ne coïncide pas toujours avec les végétations adénoïdes et réciproquement.

La mer est en effet des plus utiles pour améliorer le traitement. Mais il y a lieu de distinguer si la tumeur est peu développée, la mer est alors très favorable ; on réservera le traitement chirurgical pour les cas très développés.

On ne craindra pas d'opérer, à condition de faire pratiquer huit jours auparavant des douches nasales à l'eau boriquée, puis à l'eau phéniquée.

D'après M. *Peaucellier*, le séjour au bord de la mer est utile :

1° Dans le catarrhe nasal *subaigu, à répétitions*, pour combattre la *prédisposition*....

2° Dans le catarrhe du pharynx nasal *aigu* pour empêcher le passage à *l'état chronique* en aguerrissant la muqueuse par un air mouvementé et partant plus riche en oxygène *pur* et salé....

3° Dans le catarrhe nasal *chronique*, qui dépend de la scrofule.

4° Dans l'inflammation *chronique du pharynx nasal*, la rareté de la sécrétion appelle l'*humidité* de l'air marin.

5° Dans les végétations adénoïdes.

Les enfants dont la nature strumeuse indique la *cure marine* se trouveront bien de leur séjour au bord de la mer.

Quant à l'emploi de *l'eau de mer* sous forme *de douches locales*, d'irrigations ou de pulvérisations, il est indiqué par l'usage ordinaire de l'*eau salée* et par la teneur en *chlorure de sodium* des liquides qui imprègnent la *pituitaire*.

L'expérience ne peut que sanctionner ce que le raisonnement indique sur l'influence de l'air marin et l'emploi de l'eau de mer dans les affections naso-pharyngiennes.

M. *Verneuil* pense que les douches doivent être employées très chaudes. M. Pilliate préfère les pulvérisations.

M. Verneuil croit à l'efficacité des douches, il ne tient pas à un appareil spécial, il lui suffit d'un appareil ordinaire.

M. *Castex* pense que la douche nasale chaude de Weber est supérieure à la pulvérisation. Dans cette dernière le liquide arrive refroidi.

M. *Lavrand*, de Lille. Les affections chroniques du nez, de la gorge et des oreilles, se trouvent bien du séjour au bord de la mer.

Il faut en excepter ;

1° Les oreilles qui suppurent par intermittence ;

2° Les otites scléreuses et les bourdonnements d'oreille ;

3° Les affections de la gorge chez les individus sujets aux congestions, chez les tuberculeux excitables et chez les arthritiques prédisposés aux poussées aiguës ou subaiguës.

Pour MM. *Ladreit de La Charrière* et *Castex*, le traitement des affections des oreilles à la mer doit être compris de la manière suivante ;

Pour les otites avec écoulement, le traitement marin est indiqué si elles sont de nature scrofulo-tuberculeuse à siège non profond, car, dans l'otorrhée, le bain de mer peut produire des répercussions profondes, graves. Le simple séjour à la mer est alors acceptable. Le traitement marin est contre-indiqué, si la nature est herpétique et indifférent si la nature est syphilitique.

Parmi les otites sans écoulement, les états simplement congestifs et hystériques indiquent la mer. Ceux qui relèvent de l'arthritisme chronique (otites sèches) ou du tabes, ainsi que la maladie de Ménière, la contre-indiquent.

Pour le nez, la majeure partie de ses affections bénéficient du traitement marin (rhinites hypertrophique et atrophique, rhinite spasmodique ou asthme des foins, végétations adénoïdes). Mais les eczémas des narines doivent en être détournés.

Pour le pharynx, le traitement marin est utile dans les hypertrophies amygdaliennes, nuisible dans les tuberculoses pharyngiennes.

Pour le larynx, il est indiqué dans les diverses hypokinésies et les adénopathies laryngotrachéales, mais contre-indiqué dans les hyperkinésies, laryngites chroniques tuberculeuses et tumeurs.

En somme, la nature de l'affection doit être prise en grande considération pour décider ou non du traitement marin, et ce sont principalement les affections du nez qui bénéficient de ses avantages.

IV

Les affections oculaires, génitales, nerveuses aux bains de mer.

Pour les ophtalmies chroniques scrofulo-tuberculeuses, M. *Fage*, d'Amiens, dit qu'il faut faire concorder leur traitement avec la vie au grand air. Or, l'air marin est celui qui active le mieux la nutrition de ces malades, réveille leur appétit, répare leurs forces, met en résumé tous les organes dans d'excellentes conditions de résistance. Mais il peut être trop excitant pour un organe aussi délicat que l'œil, qui trouve d'ailleurs sur la plage d'autres causes d'irritation, telles qu'humidité, vent, poussière de sable, réverbération, etc.

La cure marine doit donc être progressive, n'être qu'une cure de tonification ; quant aux yeux, ils seront soignés par les procédés ordinaires et protégés par des lunettes noires à verres concaves et munies de bandeaux pour empêcher tout accès de l'air extérieur.

En ce qui concerne les affections génitales de la femme, M. *Richelot* fait observer qu'on envoie trop facilement les femmes aux bains de mer. Toute métrite, toute ovaro-salpingite, tout relâchement ligamenteux des viscères abdominaux sont des affections plus ou moins en rapport avec l'arthritisme et la neurasthénie. Or, cette catégorie de malades est plutôt défavorablement influencée par le séjour à la mer. Seules les lymphatiques ayant des leucorrhées abondantes, et peut-être les malades atteintes de fibromes utérins. retirent quelquefois des avantages des bains de mer. En somme, il importe d'étudier la diathèse de chaque malade avant de les envoyer à la mer aussi bien qu'à Salies-de-Béarn.

Pour M. *Houzel*, le séjour à la mer, et les bains de mer en particulier ont une très réelle influence sur la durée de la vie génitale et sur la fécondité. De plus, les bains de mer, loin de troubler la menstruation, la favorisent notablement.

En s'habituant à prendre des bains de mer, même pendant leurs règles, beaucoup de femmes délicates, neurasthéniques, souffrant d'aménorrhée ou de dysménorrhée, verraient cette fonction se régulariser au grand profit de leur santé générale.

Il est certain que, pour pouvoir sans danger pratiquer ce traitement, il faut qu'il n'existe chez la femme aucune lésion grave des annexes.

Il ne faut pas non plus commencer à prendre des bains de mer au moment des règles : un entraînement préalable est nécessaire.

En résumé, les bains de mer continués pendant les règles les favorisant, les augmentant et les régularisant, on voit tout le parti qu'on en peut tirer dans les aménorrhées, les dysménorrhées essentielles, et, en général, dans toutes les affections, où la circulation et la vitalité utérines ont besoin d'être relevées et rendues plus parfaites.

De bonnes conditions hygiéniques, jointes à une grande activité de circulation génitale, contribueront à prolonger la durée de la fonction ovulaire ; à ce titre, les bains de mer doivent hâter l'irruption des règles et retarder la ménopause, autrement dit accroître la vie génitale. C'est, en effet, ce qui a lieu.

Pour 123 femmes, dont l'observation est relatée par M. Houzel, la puberté a eu lieu, en moyenne, à 13 ans 10 mois, et la ménopause est arrivée à 49 ans et demi, en ne tenant compte, bien entendu, que des femmes dont l'observation est complète. Ces 65 femmes, qui ont été réglées à 14 ans 3 mois en moyenne, et qui ont cessé de l'être à 49 ans et demi, ont eu une moyenne de vie génitale de 35 ans 3 mois, ce qui donnerait un avantage de 3 ans 7 mois sur les femmes n'allant pas à la mer.

En effet, d'après Raciborski, la moyenne de la vie génitale à Paris, serait de 31 ans 7 mois.

63 femmes mariées dont l'observation est complète ont eu une moyenne de 7, 8 enfants par ménage. Si tous les ménages français étaient aussi prolifiques que ceux que nous étudions ici, il n'y aurait plus lieu de jeter le cri d'alarme sur la dépopulation de notre chère Patrie.

Quant aux contre-indications du traitement marin chez les enfants, M. le Dr *Leroux* les formule de la manière suivante :

Certaines maladies du système nerveux, paralysie infantile, chorée, atrophies cérébrales, ne sont guère améliorées par le traitement marin.

Les cardiaques doivent être détournés du bord de la mer. Il en est de même de la syphilis héréditaire et des lésions hybrides scrofulo-syphilitiques. Cazin a signalé des aggravations par le traitement marin dans ces maladies. Au contraire, la pléiade d'enfants anémiques, lymphatiques, scrofuleux bénins, tuberculeux latents, pourront par le traitement marin être soustraits à la tuberculose de l'avenir.

L'anémie, le lymphatisme, le rachitisme, la scrofule, les tuberculoses externes dites chirurgicales s'en trouveront bien.

Au contraire les eczémas aigus suintants, l'impétigo aigu, les affections oculaires graves, les otites aiguës douloureuses, les manifestations cutanées prurigineuses, fournissent une contre-indication. Il en est de même des tuberculoses locales accompagnées d'inflammations et de suppurations aiguës, des tuberculoses chirurgicales accompagnées de suppurations abondantes avec cachexie et tuberculoses viscérales. Pour le lupus, les résultats sont en général peu favorables.

M. Verneuil ajoute à ces affections l'ostéomyélite aiguë à staphylocoques et les cancers épithéliaux.

MM. *Thibierge*, de Paris, fait remarquer que, dans l'interprétation des effets du traitement marin sur les dermatoses, il faut tenir compte de deux éléments, l'influence du traitement marin sur la nutrition de l'organisme, d'une part, l'influence locale de ces divers agents sur la dermatose, d'autre part. Ces deux éléments peuvent agir dans le même sens ou dans des sens opposés, favorable pour l'un, défavorable pour l'autre.

Ainsi dans les lupus, qui en raison de leur nature tuberculeuse sembleraient être une indication au traitement marin, les lésions locales sont toujours aggravées par le séjour sur les plages excitantes ; dans les formes ulcéreuses et végétantes, les plages calmes ne donnent souvent même que des résultats défavorables.

L'impétigo des sujets lymphatiques peut guérir au bord de la mer, mais il est encore préférable de n'y envoyer les sujets, qui en sont atteints qu'après avoir guéri la lésion par des moyens locaux appropriés.

Certains eczémas secs des sujets lymphatiques

se trouvent bien du traitement marin ; mais les eczémas suintants, irritables, le contre-indiquent.

Les lichens peuvent être aggravés par le séjour au bord de la mer, surtout sur les plages froides du nord.

L'urticaire n'est pas toujours aggravée par le séjour à la mer, mais les urticariens doivent être prévenus qu'ils peuvent y éprouver des poussées intenses.

L'acné rosée, le lupus érythémateux, les pigmentations du visage sont aggravés par le séjour à la mer, où la ventilation détermine des congestions faciales plus ou moins intenses.

Enfin, M. *Desnos*, de Paris, fait observer que les tuberculoses urinaires, vésicales, surtout, sont le plus souvent aggravées par le séjour à la mer, tandis que les tuberculoses génitales épididymaire, testiculaire, prostatique, chroniques même avec fistules intarissables sont nettement améliorées par le traitement marin. Seules les poussées aiguës contre-indiquent le traitement.

La dernière séance du congrès s'est tenue dans une des salles du Casino, sous la présidence de M. le Dr Casse. Il a été décidé tout d'abord d'imiter l'exemple donné par la Ville de Boulogne et de tenir, chaque année, dans une station de France ou de l'étranger un Congrès d'Hydrothérapie marine. La ville choisie pour la réunion de l'année prochaine a été Ostende. M. le Dr Casse, de Midelkerke, membre de l'Académie de médecine de Belgique, a remercié les membres du Congrès de l'honneur fait à la Belgique et à la ville d'Ostende, et a assuré aux congressistes qu'ils recevraient le meilleur accueil, de la part de leurs confrères belges.

M. le Dr Castex demande qu'on choisisse dès maintenant les questions qui seront traitées dans le prochain Congrès.

Les deux suivantes ont été désignées :

1° La phthisie pulmonaire à la mer ;

2° La technique du traitement marin.

Le Congrès s'est terminé à 5 heures le 28 juillet par un discours éloquent du Dr Casse.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Organisation du Loiret.

DÉLÉGUÉ DÉPARTEMENTAL.

M. le Dr Chipault, Orléans.

CORRESPONDANTS.

Arrondissement d'Orléans.

M. le Dr Chipault, Orléans.
M. le Dr Heurteau, Fay-aux-Loges.

Arrondissement de Gien.

M. le Dr Defaucamberge, père, Gien.

Arrondissement de Montargis.

Dr Henriot, Montargis.
Dr Tartarin, Bellegarde.
Dr Poirier, Chateau-Renard.

Arrondissement de Pithiviers.

M. le Dr Augé, fils, Pithiviers.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Expertises médico-légales.

Le nouveau tarif entre à peine en vigueur que déjà la jurisprudence s'efforce d'en atténuer les bons effets.

On en peut juger par le cas suivant que nous soumet un confrère :

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous demander un renseignement, sur une question qui devra intéresser un certain nombre de confrères.

Le 27 décembre dernier, j'étais réquisitionné par M. le juge de paix du canton et par M. le juge d'instruction, qui me prévenait par dépêche, à l'effet d'aller faire, à 11 kilomètres de chez moi, l'autopsie de deux personnes assassinées.

Arrivé là, je trouve le médecin du pays, officier de santé, charmant confrère, requis par le même juge d'instruction.

Nous faisons ensemble l'autopsie des deux cadavres, je rédige le rapport que nous signons tous deux.

Quelques jours après, nous donnons, chacun séparément, notre mémoire sur lequel nous comptons tous deux deux autopsies à 25 francs et un rapport.

Le juge taxateur, dont je vous adresse les observations, refuse de nous solder à chacun deux autopsies et un rapport. Vous jugerez.

Avons-nous droit réellement à la moitié d'une autopsie par cadavre parce que nous étions deux ? Avons-nous droit au paiement d'un seul rapport ?

Voilà la première fois que le nouveau tarif m'est appliqué.

Auparavant, j'ai fait, à différentes reprises, des autopsies, assisté d'un confrère et jamais on n'a refusé de taxer intégralement l'opération plus difficile que la simple visite, cinq francs.

A ce compte-là, on aurait dû ne me mandater que la moitié de cinq francs.

Je vous serais reconnaissant de me dire si le parquet de Paris applique le nouveau tarif, comme monsieur le juge d'instruction de Montmédy.

Veuillez agréer, etc...,

Dr MAILLARD.

Copie de la réquisition des deux médecins.

Nous, Louis-Auguste Coret, juge de paix du canton de Damvillers, officier de police judiciaire, agissant en vertu d'une commission rogatoire de M. le juge d'instruction de Montmédy, etc., etc...

Commettons M. Maillard, docteur médecin à Damvillers,

Pour, après avoir prêté entre nos mains le serment prescrit par la loi, se rendre à Gremilly, pour y procéder à l'autopsie des cadavres des ci-après nommés :

1° Pythagore (Marie) ;
2° Liégeois (Marie).

Et ensuite dresser rapport de cette double opération.

—

Mon confrère a reçu même réquisition sur une feuille à part.

Observations de M. le juge.

M. le juge de paix est prié de transmettre à M. le Dr Maillard les observations suivantes :

1° Deux autopsies avant inhumation ont été faites par MM. Maillard et Simonin ensemble et non quatre comme l'indiquent les mémoires.

Ci-joint : 25 francs par autopsie, coût 50 francs.

2° Un seul rapport a été dressé, 5 francs.

3° Un seul mémoire en double doit être dressé et porter les noms de MM. Maillard et Simonin ; les réquisitions seront annexées à ce mémoire.

Il ne sera passé en taxe que les sommes indiquées ci-dessus.

Une telle interprétation nous semblait erronée, mais nous avons tenu à avoir l'opinion d'un médecin légiste et nous nous sommes adressé à M. le Dr Chevallier de Compiègne, Vice-Président de l'Association de l'Oise.

Voici sa réponse :

Vous avez bien voulu connaître mon sentiment sur la réclamation de nos confrères MM. Maillard et Simonin ; elle a mon entière approbation.

Comme le malade, qui appelle deux médecins à son chevet et remet, à chacun, le prix ordinaire de la consultation, le Magistrat instructeur de Montmédy doit, à chacun des praticiens, par lui requis, le montant intégral des honoraires que comporte l'expertise médico-légale, dont il les a isolément chargés. En vain, pourrait-on prétendre que les experts se sont partagé le travail ; les termes de la Commission rogatoire sont absolument formels; chacun d'eux a été commis à l'effet de procéder à l'autopsie des deux femmes. L'un et l'autre ont donc droit aux honoraires alloués pour deux opérations.

Tous deux devraient en dresser rapport, c'est vrai ! Mais ils ont constaté les mêmes désordres, les mêmes violences, ils ont abouti aux mêmes conclusions, et ils ont cru, *bona fide*, devoir n'en faire qu'un. Encore celui-ci a-t-il nécessité une entente, ou échange d'idées, il a fallu en peser tous les mots, comme on doit faire lorsqu'il s'agit d'une affaire capitale. Il doit leur en être tenu largement compte. Qu'aurait donc fait le Juge d'instruction s'il s'était trouvé en présence de deux rapports contradictoires ? Aurait-il adjoint à MM. Maillard et Simonin, pour se faire une majorité, un troisième expert, à qui il aurait attribué une part des honoraires, qui devraient être alloués à un seul ?

D'ailleurs si la réclamation bien justifiée de nos confrères n'était point admise, n'y aurait-il pas lieu de craindre qu'à l'avenir les parquets ne se crussent autorisés à requérir deux médecins experts, au lieu d'un, puisqu'il n'en coûterait pas davantage au Trésor. Mais alors on pourrait se demander ce qu'est devenue l'amélioration apportée depuis le 1er janvier 1894, dans le tarif des honoraires médico-légaux.

J'ajouterai enfin qu'il m'a été donné d'entretenir de cette question plusieurs magistrats, et que leur avis est conforme au mien.

Veuillez me croire, mon cher confrère, votre bien dévoué.

Dr Chevallier.

La conclusion est que nos confrères ne doivent pas accepter la décision du juge taxateur. *Quand deux médecins sont commis pour une expertise médico-légale ils touchent intégralement le prix de leurs opérations.* Ils n'ont aucunement à partager.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous apprenons la mort d'un de nos plus illustres confrères de l'armée, *le Dr Maillot*; Maillot, simple major de régiment eut l'idée d'appliquer au traitement des fièvres paludéennes, pendant la campagne d'Algérie, le sulfate de quinine, regardé jusque là comme sans utilité pratique. Tout le monde sait les milliers d'existences qui ont déjà échappé à la mort, grâce à l'emploi du sulfate de quinine en Algérie. Ce sont de ces bienfaits que l'humanité ne doit pas oublier ; une statue perpétuera la mémoire de ce modeste savant.

— Un concours vient d'être organisé pour l'invention du meilleur procédé d'épuration ou de stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson. Les personnes qui déclarent concourir devront envoyer avant le 15 septembre, à la Préfecture de la Seine, les dossiers et autres pièces destinées à faire connaître les systèmes qu'elles préconisent.

— Le Dr Chantemesse a annoncé ces jours-ci au comité consultatif d'Hygiène que *le Dr Yersin*, envoyé en mission coloniale à Hong Kong, venait de découvrir le microbe pathogène de la peste.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3928. — M. le docteur Delétang, d'Arcy-sur-Cure (Yonne), présenté par le Dr Toussaint, de Bois-Colombes, et membre de l'Association des médecins de l'Yonne.

N° 3929. — M. le docteur Joffrion, de Benet (Vendée), membre du Syndicat des médecins de la Vendée.

NÉCROLOGIE

L'un des fondateurs les plus méritants de la Caisse des Pensions du corps médical Belge, le Docteur Schœnfeld, vient de mourir à Bruxelles. Son éloge funèbre a été prononcé par un autre dignitaire de l'institution, le Dr *Martin*. Nous nous associons aux regrets qu'il a exprimés, en nous souvenant de la bienveillance avec laquelle *Schœnfeld* est intervenu, à notre demande, pour nous aider à constituer la Caisse des Pensions françaises et de l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait, à Bruxelles, en 1883.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Récentes publications

Accouchement. — Maladies des Femmes.

BAUDRON (Emile), ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. — *De l'hystérectomie vaginale* appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan), étude basée sur les 200 premières observations du Dr Paul Segond professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de Santé, avec une préface du Dr Paul Segond et 38 figures dont 12 hors texte, 10 fr.

BERLIN. — *Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens*, 1 vol. in-8 de 224 pages avec 72 figures, 6 fr.

BUREAU, professeur agrégé d'accouchement. — *Guide pratique d'accouchement*, conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. 1 vol. in-8 de 420 pages avec fig., 6 fr.

CHERON (Jules), médecin de Saint-Lazare, docteur ès-sciences. — *Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles*, 1 vol. in-8 de 132 pages avec figures, 4 fr.

JOUIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Des différents types de métrites*, leur traitement, avec une préface de Péan, in-8 carré de 400 pages, 6 fr.

LUTAUD, médecin de Saint-Lazare. — *La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical, troisième édition*, avec 47 figures explicatives dans le texte, 1 vol. in-8 écu, 3 fr. 50.

PINGAT. — *De la prophylaxie des abcès du sein* pendant la grossesse et l'allaitement. Grand in-8 de 100 pages, 3 fr.

RODET (Dr Paul). — *Memento d'obstétrique*, rédigé exclusivement à l'usage des candidats au troisième examen de doctorat, d'après les théories de l'Ecole de la Maternité, augmenté d'un recueil de questions posées par les professeurs et agrégés de la Faculté, 3 fr.

RODET (Dr Paul). — *Memento d'acccouchements*, rédigé à l'usage des examens de sage-femme, d'après les théories de l'Ecole de la Maternité, également suivi d'un recueil des principales questions sténographiées aux examens, 3 fr.

TOUVENAINT (Dr L.). — *Traitement de la métrite du col*, 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 33 18 Août 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LETTRE DU Dr LAFITTE, DE ROSNY

Versailles, le 12 août 1894.

Monsieur et Honoré Confrère,

Je suis la victime d'une monstrueuse erreur judiciaire, d'une odieuse calomnie, d'un jury qui n'a rien compris, et surtout des déclarations d'un médecin légiste officiel.

Voici en peu de mots le résumé *vrai* et complet de l'affaire.

Une malheureuse que je soigne pour chloroanémie et métrite granuleuse du col, par les amers, les ferrugineux, les injections astringentes et détersives et à laquelle je touche légèrement les granulations, au nitrate d'argent, avec application consécutive d'un tampon de ouate boriquée, avorte le **29** *janvier*.

Le 1er février, sur lettre anonyme, le parquet de Mantes envoie le Dr Bonneau, qui reconnaît chez la femme, les traces d'un récent avortement et la femme avoue avoir avorté à la suite d'une chute.

Le lendemain, pressée de questions, elle déclare que la fausse-couche est le résultat de manœuvres abortives que j'aurais pratiquées sur elle ;

1° Par médicaments donnés depuis le 27 décembre.

2° Par des manœuvres pratiquées sur elle les 17 et 23 janvier.

On ne *trouve point de fœtus*, et l'on n'a pour conclure à un avortement qu'un col *sain*, mais légèrement entr'ouvert et sanguinolent — quand je dis sain, on *reconnaît des traces de métrite*.

Voilà l'accusation, basée sur *la seule affirmation de l'accusée et intéressée.*

Quelles sont les manœuvres abortives ?

1° Le **17**, introduction d'une grosse sonde à double courant dans l'utérus, où après *farfouillement* (sic), il serait sorti, par le bec de la dite sonde un flot de sang recueilli dans une cuvette. Puis, introduction dans le col d'une éponge préparée. La femme fait, pour rentrer chez elle *à pied* (8 kilomètres), travaille aux champs comme si de rien n'était, *n'éprouve aucune douleur, ne perd plus une goutte de sang.*

Revient le **23**. Même opération, même métrorrhagie abondante, même introduction d'éponge. L'opérée repart pédestrement, vaque encore à ses travaux pénibles, *sans douleur, sans hémorrhagie*, et le 29 dans l'après-midi, sans avertissement prémonitoire, sans douleur, sans perte de sang, se décharge tout naturellement de son faix, au cordon ombilical duquel, le deuxième tampon d'éponge préparée, *dur* et *non changé* de *forme*, ni de *volume*, *adhérait* avec tant de ténacité qu'elle a dû employer les ciseaux pour le séparer du cordon ! !

Voilà l'accusation insensée, je dirai presque bouffonne, médicalement parlant, qui me vaut une condamnation à 3 ans de prison.

Est-il admissible, scientifiquement parlant, est-il possible, que des manœuvres de décollement, suivies d'hémorrhagie abondante ne provoquent l'avortement qu'au bout de **12** jours — depuis le 1er — six jours depuis le dernier, quand tous les maîtres donnent pour délai 12 et 18 heures.

Est-il possible que les deux hémorrhagies des 17 et 23 aient été arrêtées comme par enchantement et n'aient donné lieu à aucun autre écoulement, à aucun suintement pendant 12 jours où la malade se livre à des travaux pénibles.

Est-il possible qu'une éponge dilatatrice appliquée dans le col pendant six jours d'abord et six jours ensuite, soit 12 jours, n'ait produit aucune sensation douloureuse, quand tous les auteurs s'accordent à dire que cette application

provoque de *très vives* douleurs souvent *intolérables*, et que l'avortement a lieu dans les 4 jours au plus tard ?!

Est-il possible enfin qu'on poursuive pour avortement, quand cet avortement n'est pas prouvé, qu'on n'a pas le fœtus ?

Eh bien, il s'est trouvé un médecin légiste officiel, M. Vibert, qui a dit : C'est fort rare, je le reconnais, fort difficile, je l'avoue, mais *c'est possible*.

Je dois dire qu'un des experts de Mantes avait conclu à l'impossibilité.

Eh bien, Monsieur, je viens vous demander de vous intéresser à moi et de vous occuper de faire reviser cet odieux déni de justice, ce défi au bon *sens* et à la science, si cela est possible. Ma consolation unique est de savoir qu'on s'occupe de moi.

Vous avez dû voir le Président du Syndicat des médecins de Seine-et-Oise, ainsi que les Drs Toussaint, d'Argenteuil, et Legrix, de Paris. Je me remets entre vos mains.

Prenez la défense d'un confrère innocent et victime d'une accusation qui peut, demain, se reproduire contre tous les praticiens. Le corps médical entier est intéressé à cette cause, je le crois, et veuillez être assuré de ma vive et profonde gratitude.

Dr LAFITTE.

Souvenirs d'audience.

Quand je songe, après trois semaines passées, à ce que j'ai vu et entendu le 25 juillet dernier dans la salle des Assises de Versailles, j'en ai encore le frisson!

C'est que j'ai assisté ce jour-là à un spectacle vraiment effroyable !

Quand on lit dans un feuilleton, le récit brodé d'un drame judiciaire, on sourit à certains détails qui semblent prouver chez l'auteur, une richesse d'imagination peu ordinaire.

Mais les romans les plus pathétiques ne sont rien, à côté des réalités elles-mêmes !

J'ai vu un homme que j'estime et que j'aime, un confrère, dont je connaissais la vie laborieuse et exemplaire, assis entre deux gendarmes au banc des accusés.

Une fille qu'il avait soignée pour une affection utérine, l'accusait de s'être livré, sur elle, à deux reprises, à des manœuvres abortives.

Comment cette malheureuse avait-elle été amenée à accuser le médecin qui l'avait reçue avec bienveillance, qui lui avait donné ses soins et fourni des médicaments au prix des pauvres gens, qui avait poussé la bonté jusqu'à la reconduire un jour dans sa voiture, jusqu'au village où elle habitait.... On le conçoit difficilement.

Pourtant, de déduction en déduction, on arrive à le comprendre !

— Une lettre anonyme dénonce, un jour, au parquet de Mantes, une fille Chevalier, qui vient d'accoucher clandestinement.

Les gendarmes, puis deux médecins experts sont envoyés chez cette fille.

Examinée par les médecins, elle ne nie pas. Elle raconte qu'elle était enceinte de deux à trois mois environ, qu'elle est tombée d'une échelle, qu'elle a fait une fausse couche, et qu'elle a jeté le produit de la conception dans la rivière.

Qui dit que cette histoire n'est pas vraie ? Elle est de tous points vraisemblable !

Mais alors, ce serait trop simple, pour M. le juge d'instruction de Mantes ! Il dit alors à la fille Chevalier :

— Malheureuse, vous avez fait disparaître le fœtus... C'est très grave, cela. Qui nous dit que ce n'était pas un enfant viable ! qui nous dit que vous n'avez pas *aidé votre fausse couche à se faire* ?

J'entends la fille Chevalier, à cette insinuation se récrier, avec cet air de sainte Nitouche qu'elle avait à l'audience :

Oh ! mon bon juge ! que dites-vous là ! Je suis

FEUILLETON

Eloge de Duchenne, de Boulogne,

par le Dr PATIN (1).

Messieurs,

J'ai pensé qu'on pourrait tout au moins taxer d'indifférence le fait qu'un Congrès médical se réunit pour la première fois à Boulogne, sans que quelques paroles traductrices, bien imparfaites sans doute, de notre commune gratitude, vinssent rappeler le souvenir de cette puissante personnalité scientifique, de ce chercheur patient et sagace, de cet inventeur fécond, digne à tant de titres d'être placé à côté de nos autres gloires locales, les Daunou, les Frédéric Sauvage, les Sainte-Beuve, les Mariette, j'ai suffisamment désigné, Messieurs, et vous l'avez tous nommé, le Dr Duchenne, de Boulogne.

Certes, j'ai pleine conscience de mon insuffisance, et regrette qu'une voix plus autorisée que la mienne n'ait prévenu mon intention reconnaissante. Je me plais cependant à rendre hommage à l'éloquente évocation qu'a voulu adresser à notre illustre Boulonnais, l'éminent professeur Verneuil dans son discours d'ouverture de notre Congrès, témoignage d'autant plus précieux à recueillir qu'il émane d'un homme qui par l'universalité de ses travaux présente avec Duchenne de nombreux points de contact. De même que ce dernier a su greffer sur la science anatomique ses remarquables découvertes pathologiques, de même Verneuil a su concilier les nécessités chirurgicales avec les indications et les exigences médico-thérapeutiques.

Je m'absous toutefois en pensant que Duchenne, comme d'ailleurs beaucoup d'autres savants illustres, n'a jamais été gâté par les honneurs, ni lassé par la louange, que ce faible souvenir d'un concitoyen inconnu, s'il pouvait l'entendre, lui serait peut-être sensible, que vous m'accorderez vous-mêmes, j'ose l'espérer, le bénéfice de votre indulgence, et qu'à tout prendre, je pourrais faire valoir que, le premier à Boulogne, j'ai réclamé et obtenu qu'une rue, bien petite sans doute, sinon bien obscure, portât son nom.

Je m'aiderai surtout, pour résumer la vie et les travaux de Duchenne, du remarquable éloge que lui a consacré en 1875, dans les *Archives de médecine*, le regretté professeur Lasègue, en collaboration avec le Dr Strauss.

(1) Prononcé au Congrès d'hydrothérapie maritime.

innocente, je vous le jure. Jamais je n'aurais osé faire cela moi-même !

Et le juge aussitôt de reprendre : Je vous le disais bien, parbleu, on vous a aidé, *on vous a fait avorter* ! quels sont vos complices ?

Il jouait de bonheur, ce bon juge ! voilà le brigadier de gendarmerie qui revient du village, et qui apporte des nouvelles...

On a vu la fille Chevalier parler à une sage-femme et on l'a rencontrée avec cette sage-femme sur la route de Rosny. On les a vues sortir de chez le Dr Lafitte.

— Fille Chevalier, qu'alliez-vous faire chez un médecin ?

— J'allais me faire soigner, mon bon juge, j'étais pâle, faible, je n'avais plus de sang depuis trois mois... La sage-femme à qui j'avais demandé conseil m'a dit : Va donc voir M. Lafitte, à Rosny. Il n'y a que lui qui puisse te faire passer ça. — Et le juge d'instruction triomphant. — Ça ! — c'était votre enfant ! vous étiez enceinte, vous le saviez, vous vouliez faire revenir vos règles. Avouez-le !

Alors, la malheureuse, qui en effet à ce moment craignait d'être enceinte, et qui avait alors si fort désiré de voir se rétablir ses menstrues, comprend que le juge lit dans son âme inquiète, et bonassement, répond : *Oui.*

Les complices demandés... les complices nécessaires étaient trouvés ! une sage-femme ! un médecin ! ! On allait donc avoir au parquet de Mantes, une belle affaire ! ! !

Et l'interrogatoire de continuer sur cette piste admirable.

— C'est le médecin, qui vous a fait avorter, n'est-ce pas ?

— Oui, monsieur le juge.

— Comment s'y est-il pris ?

— Il m'a donné d'abord des breuvages, des drogues diverses...

Et elle décrit une potion rouge, une injection blanche, qui moussait comme de l'eau de savon, des pilules blanches qui étaient noires dedans... et puis des bains de pieds, et puis des tampons d'ouate imbibés de quelque chose de jaune...

Cette médication multicolore ne donnant pas au juge la satisfaction désirable, il cherche autre chose....

— « Le médecin a dû pratiquer sur vous quelque opération ? Voyons, fille Chevalier, vous êtes entrée déjà résolument dans la voie des aveux... Allez jusqu'au bout.... Décrivez-moi les manœuvres qu'a pratiquées sur vous le Dr Lafitte pour vous faire avorter...

— Il ne m'a rien fait, Monsieur le juge, sauf qu'il m'a cautérisée et qu'il m'a mis un tampon.

— Il n'a pas fait que cela... il vous a piqué la matrice ?

— Oui, monsieur le juge.

Vous voyez bien, ma fille, allons, dites encore, que s'est-il passé. Le jury vous tiendra compte de votre franchise.

— Que faut-il que je dise encore, mon bon juge ?

— Décrivez-moi l'instrument avec lequel le médecin vous a fait une piqûre.

— L'instrument ? c'était un instrument ?

— Sans doute, un instrument de chirurgie, ce devait être une sonde en métal...

— Oui mon juge, c'était une sonde en métal.

— Comment était-elle faite, cette sonde ?

— Je ne sais pas, monsieur le juge.

Elle ne sait pas, mais, on la conduit à l'hôpital et là, on étale sur la table des instruments, des sondes. Et on lui demande est-ce une sonde comme celle-ci ? comme celle-là ? ou comme cette troisième, peut-être une sonde à double courant ?

Et la fille ahurie, subissant de la part du juge cette suggestion mentale épouvantable, de dire : Oui Monsieur, une sonde à double courant ? Et l'instruction se déroule et quand la fille Chevalier hésite, on lui rafraîchit la mémoire en lui lisant ses réponses de la veille, de l'avant-veille, de la semaine passée... si bien que la pauvre se figure

---

Quand on parcourt, avec l'attention qu'il mérite, cet éloquent et sincère panégyrique, on ne peut manquer d'être frappé de l'insistance avec laquelle reparaît cette idée, que si Duchenne a pu mener à bien l'immense labeur scientifique qu'il s'était imposé, rassembler tant de milliers d'observations, élucider tant de faits obscurs, débrouiller, en un mot, l'enchevêtrement si confus des multiples symptômes des affections nerveuses, cela ne lui avait été possible qu'à la faveur de l'isolement auquel il s'était spontanément condamné, de cette indépendance complète et farouche qu'il s'était réservée et que ne venait contrarier ni l'étroitesse forcée de l'assiduité d'un service d'hôpital, ni les fatigues absorbantes de l'enseignement oral.

Cela sans doute est vrai, et j'aurais mauvaise grâce d'y contredire. Un scrupule me demeure toutefois et je ne puis m'empêcher de lire entre les lignes de l'éminent professeur de la Faculté, de l'Académicien, comme l'expression mal contenue d'un regret, d'une gêne, le dirai-je, comme une sorte d'acte de contrition. Et le soin que met Lasègue à nous affirmer que tous les honneurs n'ont pas manqué à Duchenne, qu'il fut nommé membre des Sociétés savantes de Boulogne-sur-Mer, voire même de Moscou, marque mieux son embarras que toutes ses phrases explicatives ne sauraient le masquer.

Aussi ne puis-je me retenir de songer au prix de quels sacrifices certaines Universités étrangères, moins riches sans doute que notre Faculté de médecine en illustres renommées, mais pour cela même peut-être d'autant plus soucieuses et jalouses de leur renom, se seraient disputé un tel homme et je me demande, en mon for intérieur, si quelques distinctions, d'ordre un peu plus relevé que l'octroi de quelques médailles ou la charité de quelques prix en espèces, et qu'il eût peut-être acceptées, malgré sa répulsion pour toute entrave, eussent si fâcheusement troublé l'économie de ses patientes recherches.

Mais écartons toute apparence de plaidoyer et laissons de côté toute récrimination. Je tiens seulement comme un devoir de constater que Duchenne nous a donné à tous le plus remarquable exemple de courage scientifique, dont il a été l'une des expressions les plus nobles, isolé, sans titres hiérarchiques, sans autre champ d'observation que celui que nos salles de malades offrent au premier travailleur venu, supporté souvent avec peine, parfois rebuté, ne s'appuyant que sur son indomptable énergie et sa curiosité tenace, il a su, véritable pionnier de la science,

que tout cela est vraiment arrivé, que c'est bien pour se faire avorter qu'elle est allée chez le médecin, et que celui-ci lui a bien, *comme l'a exposé* le juge, percé la matrice, mis un tampon, etc., etc.

La fille Chevalier emportée par l'interrogatoire sur une pente fatale n'oserait pas s'arrêter. Elle le voudrait qu'elle ne pourrait même plus ! Elle a menti une fois, puis deux, puis trois, elle ne dit plus un mot de vrai... Mais le juge emballé prend la vérité pour le mensonge et le mensonge pour la vérité, et l'écheveau embrouillé de plus en plus, devient inextricable.

Se reconnaissant incapable de faire lui-même la lumière dans l'affaire, le juge d'instruction renvoie l'affaire au parquet de Versailles. Mais là, il faut se hâter. Le procureur reçoit le dossier le 19 juillet et les inculpés doivent passer aux assises le 25. Le temps manque pour recommencer l'instruction. Alors, le parquet de Versailles se contente des pièces envoyées par le juge d'instruction de Mantes.

Et ce sont les mêmes histoires déjà dites et redites par la fille Chevalier, que nous entendons à l'audience.

Elle raconte, ou plutôt le président des assises raconte pour elle d'une façon assez exacte les opérations qui, d'ordinaire, sont pratiquées par les faiseurs ou faiseuses d'ange.

Mais, devant cette Cour imposante, devant ces douze jurés rigides et compassés, la malheureuse est encore plus impressionnée qu'elle ne l'était dans le cabinet du juge. Ne sachant au juste ce qui est arrivé, ce qu'elle a dit, et ce qu'on lui a fait dire, dans son grand désir d'attirer sur elle-même l'indulgence du tribunal, elle accuse, elle accuse sans cesse ceux que l'instruction appelle ses complices, et que j'appelle, moi, ses victimes ; elle invente des détails, elle brode son récit, elle l'enjolive de telle façon, que quand la fille Chevalier termine, il n'est personne dans la salle qui ne se dise : *cette fille ment.*

Et c'est si bien à ce moment l'opinion de l'avocat général, qu'il demande à poser au médecin expert une question :

« La fille Chevalier a-t-elle pu faire une fausse couche, sans qu'il y ait eu manœuvres ? La métrite seule, ou cette chute qu'elle dit avoir fait, de dessus une échelle sont-elles de nature à amener une fausse couche ? »

Et le Dr Dupont répond : Oui.

La cause paraît gagnée. Cette fille que la rumeur publique a accusée d'accouchement clandestin, est tout simplement une pauvre domestique qui comme tant d'autres est devenue enceinte, et qui, anémiée, fatiguée, épuisée, a fait une fausse couche naturelle.

Tout ce qu'elle a raconté, c'est la peur du déshonneur, la peur du gendarme, la peur du juge, la peur de la Cour d'assises, qui le lui a fait dire !

La sage-femme, le docteur, mis tous deux hors de cause, vont être mis en liberté....

C'est l'espoir, c'est la certitude de tous.

Eh ! bien non. L'avocat général se lève, et comme il doit, malgré sa conviction, faire quand même son réquisitoire, il parle !

Il parle, et les jurés l'écoutent, et ce que dit ce magistrat les impressionne, les émeut, les empoigne.

Bien qu'il soit prouvé que la fille Chevalier n'a pas dit la vérité, toute la vérité, rien que la vérité, il s'appuie sur ses réponses, sur ses aveux, sur ses accusations, et cet homme dont il a fait tout à l'heure l'éloge, ce patriote, qui en Tunisie a rendu au moment de l'occupation française et des affaires de Sfax, des services signalés à nos troupes, cet administrateur distingué, que notre résident M. Massicault, recommande comme un serviteur fidèle et sûr de la France, ce médecin distingué, qui dans les hôpitaux d'Algérie et de Tunisie, et en campagne comme médecin aide-major a eu une conduite au-dessus de tout éloge, cet homme qui, depuis plus d'un an qu'il est éta-

---

en gravir les hauteurs sereines et s'imposer enfin au respect et à la reconnaissance du Corps médical.

Sans doute, comme l'affirme Lasègue, sa liberté à l'égard des fonctions officielles lui laissa le champ libre à travers tous les services hospitaliers où il allait butiner ce trésor d'observations qui constitue une mine inépuisable où les générations futures trouveront encore de riches filons à exploiter. Il n'en fut pas moins contraint de conquérir péniblement, non seulement la tolérance des chefs de service, mais encore celle plus coûteuse de leurs subalternes, et cette conquête qu'il n'emporte enfin que grâce à une persévérance imperturbable et malgré le peu de souplesse de son caractère, fut fréquemment pour lui l'occasion de durs froissements et de souffrances cruelles.

Fils d'un capitaine de navire, Duchenne est né dans cette ville le 18 septembre 1806, sa famille y résidait depuis la première moitié du XVIIIe siècle, il était donc un vrai Boulonnais de race et lui-même a toujours conservé pour sa ville natale une filiale affection. Reçu bachelier à Douai à l'âge de dix-neuf ans, il fit à Paris ses études médicales sans autre pensée que de venir se fixer dans son pays. Il revint, en effet, à Boulogne en 1831, après avoir soutenu sa thèse sur les brûlures, et y pratiqua la médecine jusqu'en 1842.

Quelques essais d'Electropuncture, vers 1835, le dirigèrent vers la thérapeutique galvanique, abandonnée presque complètement jusque-là à quelques ignorants. Boulogne ne lui offrant guère de champ favorable pour ses recherches, d'un autre côté, la clientèle n'ayant guère jusque-là répondu à ses efforts, Duchenne résolut de s'installer à Paris.

De taille assez petite, trapu, d'allure modeste et même effacée, maniant difficilement la parole, c'est au lit du malade que se manifestaient nettement sa perspicacité médicale et son remarquable talent d'expérimentateur. Secourable aux malheureux, il consacrait dans les dernières années de sa vie deux jours par semaine aux consultations pour les pauvres et son assistant allait même faire gratuitement chez eux les opérations que requérait leur état.

Le 17 septembre 1875, il succombait à une hémorrhagie cérébrale après avoir souffert pendant quatre ans d'une affection grave qui s'était atténuée à la longue, mais qui avait donné à ses amis et à lui-même les plus sérieuses inquiétudes.

(A suivre.)

bli à Rosny s'est fait aimer et apprécier de tous, il ose maintenant, entraîné par les élans de sa propre éloquence, grisé par sa parole d'accusateur public le présenter au jury comme coupable. Coupable de quoi, ah ! médecins mes chers confrères, pères de famille estimés, praticiens honorés qui me lisez, je vous le donne en mille !

Coupable d'avoir fait avorter une fille pour gagner 33 fr. 50 !

Et les jurés troublés, s'en vont délibérer, et après trois quarts d'heure de réflexion rapportent un verdict de culpabilité.

Et la cour condamne le Dr Lafitte à trois ans de prison !

Comment, en 1894, peut-on voir devant un tribunal français, devant un jury composé de douze citoyens français, s'accomplir des choses aussi horribles !

Un juré se lève et la main sur son cœur, déclare : « En mon âme et conscience cet homme est coupable. » Quelle âme, quelle conscience avaient-ils donc, ces hommes ? Leur cerveau a donc subi une modification. Leur intellect a donc été faussé, au moment précis où ils se sont assis à leur banc ?

Que penser de ces douze bourgeois ou commerçants qui ont su faire fortune ou tout au moins acquérir, dans leur métier, le titre de notables, et qui jugent de sang-froid de cette façon !

Pauvre raison humaine ! Quelle triste idée donnent de toi ces douze Messieurs qui ont, après sept heures d'audience, après une admirable plaidoirie, après trois quarts d'heure de délibération, condamné mon pauvre ami Lafitte !

Mais, s'il y avait eu, parmi ces gens, un seul homme équilibré, un seul esprit droit et pondéré, celui-là aurait fait toucher du doigt à tous les autres, la monstruosité de l'accusation portée, le néant des preuves présentées, et le Dr Lafitte eût été acquitté ! Et d'ailleurs, des faits de cette nature ne peuvent être jugés que par des médecins. Et, cela, je l'affirme, cent médecins, mille médecins, choisis parmi les plus austères, les plus rigides, les plus scrupuleux, eussent tous proclamé innocent le médecin inculpé. Voilà ce que chaque jour, chaque nuit, je me répète, ce que je roule sans cesse, dans mon pauvre cerveau attristé !....

Cette conviction sera, j'en suis sûr, celle de tous les confrères qui ont lu dans le *Concours* de samedi dernier, le récit de l'audience du 25 juillet, et les réflexions si judicieuses de mon ami le Dr Le Grix. Et le courant d'opinion en faveur du pauvre confrère qui gémit, innocent sous les verrous, sera si puissant, que l'affaire sera portée en Cassation, et que là, espérons-le, nous verrons rétablir les faits, dégager nettement les responsabilités, et triompher la vérité.

Dr E. Toussaint.

Le médecin est tous les jours exposé à passer en Cour d'assises.

Deux jeunes filles se présentent, une après-midi à la consultation du docteur. L'une d'entre elles, d'une figure agréable, a les traits d'une enfant de douze ans à peine. C'est elle qui parle : M. le docteur, ma mère m'envoie pour que vous m'examiniez parce qu'on parle de moi ; parce qu'on dit que je n'ai pas été sage, que je suis *embarrassée*. Stupéfait, le médecin lui répond : Vous, mais vous n'avez pas douze ans ! — Oh, Monsieur, j'en ai bien seize ! — Alors dit le docteur, puisque vous venez me trouver, j'en conclus que vous êtes restée sage. Vous manquez d'appétit ; vous avez mal à l'estomac ; vous êtes pâlotte. Eh bien, les gens en seront pour leurs médisances ; allez en paix, prenez une tisane amère ; que votre mère vous nourrisse bien et qu'elle vous promène. Vous n'avez pas besoin d'ordonnance et je n'ai pas à vous examiner.

Six mois après, dans la nuit, on vient quérir le docteur, pour une jeune fille qui a de violentes coliques, depuis quelques heures. Il se hâte et dans un grand lit, il voit montrant seulement sa tête d'enfant, une fillette. Une seconde fois, il *éprouve la même impression* ; il a perdu le souvenir de la consultation.

On lui conte les coliques éprouvées dans l'après-midi, les vives souffrances. Il prend la main, tâte le pouls, fait tirer la langue, s'informe du fonctionnement des voies digestives, demande si l'enfant est déjà réglée ; sur l'affirmation et omettant l'examen du ventre, il prescrit des calmants : cataplasmes, lavements laudanisés, potion calmante. Il prend sa canne et son chapeau, disant que ce n'est rien.

Au moment de franchir le seuil, voilà la petite tête qui pousse un cri long et soutenu. Ce cri entre, comme une vrille, dans l'oreille du praticien. Par mouvement réflexe, il lâche canne et chapeau et en un clin d'œil, les couvertures soulevées, sa main se promène sur une rotondité de neuf mois.

Il interroge ; mère et fille nient avec acharnement, même quand le poupon est sous leurs yeux, etc..., bref, le lendemain seulement, tout s'explique et on parvient à remonter de l'objet à la cause !

Eh bien ; *une supposition*, le médecin est allé se coucher ; personne n'a été témoin de son retour ; la mère et la fille ont supprimé l'enfant ; elles l'ont enfoui. Huit jours après, la rumeur publique les accuse. La justice arrive ; elles disent que le médecin est venu et pour s'innocenter, en partie, elles ajoutent l'avoir payé et qu'il est complice.

Voyez-vous le rôle du juge d'instruction, sa sévérité. Comment, vous voulez, docteur, me faire croire que vous n'avez pas vu une grossesse de neuf mois, que cette fille qui souffrait toute l'après-midi, que cette mère qui vous a fait appeler, pour des coliques, ont pu vous dissimuler si bien leur embarras, que vous êtes parti, croyant à une colique intestinale ! Non, nous ne sommes pas si naïfs ! Justifiez-vous, sinon les gendarmes sont là.

Qu'aurait répondu le médecin qui, induit en erreur par la figure enfantine de sa patiente, avait commis le péché véniel d'un examen *trop discret et insuffisant*.

Admettez qu'il n'eût pu faire prouver son retour presque immédiat chez lui ; que serait-il advenu ; qui aurait pu admettre sa parfaite innocence !

Quel est le médecin qui n'a pas dans ses souvenirs plusieurs anecdotes de ce genre ! Le péril est constant. Il nous faut toujours des témoins ;

qu'on y veille, sinon gare la Cour d'assises, nous croyons que tel est le cas du malheureux docteur Lafitte.

A. C.

Les démarches

Depuis samedi, nous en avons fait de très nombreuses ; nous n'entrerons dans aucun détail, mais nous désirons dire, pourtant, que nous avons rencontré les plus chaleureuses sympathies et l'appui le plus empressé. Parmi ces appuis, nous devons citer, dès aujourd'hui, M. le Doyen de la Faculté et M. le Dr Vibert. Nous espérons réussir à ce que le pourvoi soit admis et que notre confrère soit envoyé devant un second jury, très certains, dans ce cas, de faire triompher son innocence.

A. C.

L'ASSOCIATION AMICALE des Médecins français.

Nous reproduisons avec empressement l'article de notre confrère Henri Marais, non pour les éloges qu'il accorde au Concours Médical, mais pour les excellents conseils que sa plume formule si bien, dans l'intérêt de tous.

A. C.

Parmi les nombreuses œuvres confraternelles fondées par la Société civile le « Concours médical », sous l'inspiration féconde et l'impulsion énergique de son éminent directeur, nous devons signaler d'une façon toute particulière, à nos confrères du Calvados, *l'Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie*. Depuis bien des années, cette question de l'indemnité-maladie préoccupait M. Cézilly, qui l'a étudiée sous toutes ses formes, avec la patience et la ténacité qu'il apporte à la réalisation de ses projets. Très au courant, par sa situation spéciale, de toutes les misères, de toutes les souffrances de notre profession, il s'est donné la tâche d'y porter remède, tâche ingrate entre toutes, car si les doléances sont nombreuses, les bonnes volontés le sont moins, et tel qui se lamente voudrait bien être tiré d'affaire sans effort de sa part. Il faut un tempérament et une foi d'apôtre pour secouer l'apathie et l'insouciance de ceux qu'on veut sauver, pour ne pas être découragé par les critiques malveillantes et les attaques jalouses. C'est malgré tous ces obstacles que les œuvres confraternelles du Concours se sont fondées et se sont développées, et la dernière venue, cette Association amicale, si malmenée, si critiquée dans ses débuts, est maintenant solidement assise, en pleine voie de fonctionnement. Moyennant une cotisation très modérée, qui varie entre 54 fr. et 113 fr. par an, suivant que le sociétaire est âgé de 25 à 64 ans, celui-ci a droit à une indemnité de 10 fr. par jour de maladie pendant 60 jours. Au delà de ce terme, et quelle que soit la durée de la maladie ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit 100 fr. par mois.

De nouveaux calculs, effectués par un actuaire compétent, ont même permis d'admettre la participation sans limite d'âge, en augmentant proportionnellement la prime à payer annuellement.

De telle sorte que l'on peut choisir entre les deux combinaisons : participation avec limite d'âge fixée à 65 ans, participation sans limite d'âge.

C'est surtout aux jeunes confrères qu'il faut faire comprendre la nécessité et les bienfaits de l'assurance-maladie ; car plus on est jeune, plus la prime à payer est minime et mieux on est à l'abri des incertitudes du sort. Mais la jeunesse est l'âge des espérances, des illusions et de... l'imprévoyance. On pense à tout autre chose qu'à s'assurer. Dans le printemps de la vie nous sommes tous plus ou moins cigales, et quand nous sentons les premières morsures de la bise, lorsque les déceptions ont remplacé les illusions et la triste réalité les riantes espérances, il est trop tard pour suivre l'exemple dédaigné de la prévoyante fourmi. Le dernier compte rendu de l'Association des Médecins de la Seine nous montre des confrères qui, après avoir été pendant de longues années dans une situation brillante, sont tombés brusquement dans un dénûment absolu par suite d'un incroyable concours de circonstances : les uns, grâce à leur affiliation à l'Association, ont été sauvés de la misère ; d'autres, plus insouciants ou trop confiants dans leur destinée, ont laissé une veuve et des enfants dans le désespoir. A notre époque, au milieu des aléas et des incertitudes de tout genre que comporte la situation sociale et politique actuelle, l'assurance est un devoir strict pour tout chef de famille; c'est une sage précaution pour le médecin célibataire dont la santé est le seul capital. Aussi, nous disons à tous nos confrères, aux jeunes surtout : Assurez-vous, affiliez-vous à l'Association générale, souscrivez à la Caisse des pensions de retraite et à l'Association pour l'indemnité maladie ; tout cela ne vous coûtera pas deux cents francs par an, et tout en vous mettant vous et les vôtres à l'abri des mauvais coups du destin, vous aurez la satisfaction, si la fortune vous sourit, d'avoir contribué à sauver de la misère les malheureux confrères qu'une impitoyable fatalité a écrasés. Quoi qu'il arrive, on n'a jamais à regretter d'avoir fait son devoir, car les satisfactions morales sont encore les seules qui réconfor-

tent et fortifient ; ce sont, à notre avis, les meilleurs toniques de l'existence.

Dr HENRY MARAIS.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les eaux d'égout filtrées comme boisson.

Au moment où on met au concours l'étude des meilleurs procédés de stérilisation des eaux de source, et où on dépense des sommes fantastiques pour capter et amener à Paris les eaux des différentes sources de l'Ile-de-France et de la Bourgogne, il n'est pas sans intérêt de mentionner le récent travail du *Dr Feltz*, de Saint-Denis, qui préconise comme eaux potables, les eaux d'égout filtrées à travers le terrain. Voici sur quelles données s'appuie M. Feltz. Les eaux d'égout, qui ont été répandues sur les champs au moyen de petits canaux ne doivent pas séjourner dans les terrains pour ne pas transformer ceux-ci en marécages. On a donc établi des drains pour ramener dans la Seine une grande partie au moins des eaux d'égout, qui ont filtré à travers les couches de terrain. Ces drains, qui ont en moyenne 0 m. 45 de diamètre, sont en béton et munis de trous ou ventouses ; la profondeur à laquelle ils sont établis varie de 4 m. 50 à 4 m. 90. Celui qui aboutit au boulevard d'Asnières, à Villeneuve-la-Garenne, drain du Moulin de Cage, a 4 m. 90 ; celui qui aboutit près du pont (drain du Péage) a 4 m. 83 de profondeur. Les couches de terrain pour arriver au premier sont les suivantes :

Terre végétale...............	0 m. 70
Sable silico-argileux.........	0 m. 50
Sable et cailloux roulés......	3 m. 70
Pour arriver au second :	
Terre végétale...............	0 m. 85
Sable silico-argileux.........	0 m. 40
Sable et cailloux roulés......	3 m. 58

Le premier fournit de 3 à 4.000 mètres cubes d'eau par jour ; le second de 5 à 6.000. D'autres de ces drains donnent jusqu'à 10,000 mètres cubes.

« L'eau fournie par ces drains à leur embouchure dans la Seine est claire, limpide, très fraîche et très agréable à boire. Quand les habitants de Villeneuve-la-Garenne me disaient qu'ils buvaient la meilleure eau du pays, de l'eau de source, je ne me doutais pas tout d'abord que ce fût de l'eau d'égout filtrée à travers les terrains irrigués. Depuis 15 ans que je connais des familles, qui boivent journellement de cette eau, je n'y ai pas observé un seul cas de fièvre typhoïde ou de choléra.

« M. le profr *Strauss* a étudié cette eau au point de vue bactériologique ; l'examen le plus attentif et les expériences variées n'ont révélé la présence ni du bacille coli commune, ni du bacille d'Eberth, ni d'aucun bacille pathogène. On y trouve le bacille fluorescens putridus en assez grande quantité.

« Cette eau filtrée est absorbée en abondance et constitue une eau potable, pure et d'excellente qualité au point de vue chimique et microbiologique. Ce qui le confirme du reste clairement, c'est qu'elle n'a jamais été cause d'aucune maladie.

« De ce qui précède, il résulte également que la nature des terrains avoisinant les sources captées pour servir à l'alimentation d'une ville doit être prise en sérieuse considération. Les terrains dont la constitution se rapproche de ceux de la presqu'île de Gennevilliers offrent une barrière infranchissable aux microbes pathogènes. Il n'en est pas de même de tous les terrains, ainsi qu'une des discussions à l'Académie de médecine sur l'origine de la fièvre typhoïde semble le démontrer. »

C'est ainsi que la nature opère avec une singulière facilité, ce que les hommes peuvent à peine obtenir avec les plus coûteux perfectionnements modernes.

Le skiascope-optomètre.

M. le Dr *Sureau* vient de présenter à l'Académie des sciences un nouvel appareil, qui est appelé à rendre de grands services aux ophthalmologistes ; il le nomme le skiascope optomètre.

Voici la description qu'il en donne :

« Cet appareil, dont la longueur est de 1m07, se compose essentiellement de deux parties : 1° un optomètre ; 2° un mécanisme pour faire mouvoir à distance cet optomètre.

» L'*optomètre* est lui-même formé de trois roues verticales juxtaposées, mobiles autour d'un axe horizontal antéro-postérieur, sur lesquelles sont montées toutes les séries de verres dont on peut avoir besoin.

» Le *mécanisme* comprend : 1° des *boutons moteurs* qui font tourner les roues de l'optomètre au moyen de leviers et de roues d'angle et, par suite, font passer devant l'œil du malade les verres nécessaires pour obtenir l'éclairage total de la pupille ; 2° des *cadrans*, qui enregistrent au fur et à mesure les résultats.

» Au moment de l'examen, le sujet placé à côté et en avant d'une source de lumière, dispose l'œil en arrière et près de l'optomètre, au niveau d'un orifice sans verres, correspondant au zéro.

» L'observateur se met en face du sujet, à l'autre extrémité de l'appareil à portée du mécanisme et, examinant le jeu de lumière et d'ombre qui se produit dans l'œil de l'observé sous les rayons lumineux ophtalmoscopiques, il fait tourner d'une main, l'autre tenant l'ophtalmoscope, à l'aide des boutons et selon les besoins, les roues de l'optomètre, de façon à faire passer devant l'œil, jusqu'à éclairage total de la pupille, les verres concaves en cas de myopie, les verres convexes en cas d'hypermétropie et les cylindres en cas d'astigmatisme.

» L'éclairage total de la pupille étant obtenu, l'observateur peut alors, après un examen aussi rapide que précis, prescrire sans erreur possible, les lunettes qui conviennent au sujet examiné : il lui suffit de copier les chiffres qui ont été enregistrés sur les cadrans. »

L'appareil à douches en pluie du Dr Lebert.

Un de nos confrères de Colombey (Meurthe-et-Moselle), le Dr *Lebert*, a inventé un nouvel appareil à douches en pluie, dont il vante la simplicité et le prix avantageux.

Cet appareil se compose d'un système formant

siphon, qu'on remplit d'eau complètement jusqu'au bord inférieur d'une petite cuvette en zinc placée au sommet du réservoir, de façon à couvrir la toile métallique du fond, puis on le fixe ou on le hisse à une hauteur plus ou moins grande, selon la pression que l'on veut obtenir, soit au plafond, soit à un trépied spécial, à l'aide d'un crochet ou d'une petite poulie.

Un cordon permet de l'incliner légèrement. Une fois le siphon amorcé, l'eau sort vivement par la fraise ; alors on abandonne la poignée, et l'appareil, reprenant sa position verticale, *sans soupape ni robinet*, se vide complètement.

Ce siphon se distingue des autres appareils à douches précisément par cette absence de soupapes et de robinets ; il fonctionne seul, et, par conséquent, ne peut se déranger.

Tout le monde sait que ce sont les soupapes qui font toujours la désolation du fabricant. *Une pompe, une machine* quelconque sans soupape, vaudra toujours plus que celle avec soupape, à cause de l'entretien.

Le prix peu élevé de cet appareil, le met à la portée de tous, et permettra au malade, comme à l'individu bien portant, de faire de l'hydrothérapie dans sa chambre.

La douche dure environ une demi-minute, pendant laquelle on se frotte énergiquement les bras, les jambes et la poitrine, après quoi on s'enveloppe d'un drap sec ou d'un peignoir de coton, et l'on recommence à se frictionner jusqu'à ce que la *réaction* soit faite.

Diagnostic du psoriasis et de la syphilis.

M. le Dr *Wickham*, dans la *Presse médicale*, fait remarquer que le psoriasis, maladie chronique à récidives fréquentes, est une des affections de la peau que la syphilis peut simuler le plus complètement, au point de rendre le diagnostic objectif *impossible*.

C'est la forme dite « psoriasis guttata disséminé » qui est le plus souvent simulée. Dans cette variété de psoriasis, le malade présente sur les membres, sur le tronc, des taches un peu saillantes, blanchâtres, à bords rouges. Ce sont des plaques de papules psoriasiques recouvertes de squames fines, ancrées, abondantes ; par le grattage, on met à nu une surface facilement saignante. Lorsqu'une papule apparaît, simple, sans squames à son sommet, il suffit d'un coup d'ongle pour mettre en évidence de fines squames nacrées (signe de la tache de bougie) ; aux coudes et aux genoux il y a souvent des taches de bougies ; hémorrhagie fine au grattage, existence de lésions aux coudes et aux genoux, etc., sont habituellement des caractères de diagnostic suffisants. Ils ne le sont pas toujours : exagérer leur valeur serait inexact, car ils ne sont point pathognomoniques : la syphilis, en effet, peut les reproduire.

Quand on se trouve en présence d'un cas embarrassant, que devra-t-on faire ?

Avant tout ne point promettre au malade de guérison trop rapide. Ne point affirmer d'emblée le diagnostic et s'en tenir seulement à une très grande probabilité. N'avoir pour but, dans l'institution du traitement, que la mise en évidence du diagnostic réel. Pour cela, prescrire le traitement mercuriel interne et *supprimer toute espèce de traitement local* (bains, poudres, pommades, etc.) ; en somme laisser les lésions cutanées réagir ou non sous l'influence du mercure. Dans le cas de psoriasis, l'aspect de l'éruption ne changera pas ; au cas de syphilis, les éléments se modifieront vers le quinzième jour environ et, le vingtième ou le trentième jour, le diagnostic sera affirmé.

Après avoir constaté l'intégrité parfaite des dents, des gencives, du tube digestif, malgré quinze jours de traitement par des doses quotidiennes de 0,10 de protoiodure d'hydrargyre on prescrit : application permanente, jour et nuit, sur les régions malades, de l'emplâtre de Vigo (l'étendue totale des morceaux de sparadrap correspondant à une surface de 30 centimètres carrés), et, en raison de l'absorption cutanée qu'on ne peut mesurer qu'approximativement, réduction des doses de protoiodure de 0,10 à 0,05. Surveillance constante du mercurialisme possible et vers le cinquième jour, augmentation lente du protoiodure ; il est possible ainsi, tout en continuant l'usage des emplâtres, de revenir aux doses de 0,10 de protoiodure.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Quelques remarques sur les moyens d'augmenter la coagulabilité du sang.

Le docteur Wright, professeur de pathologie à l'école militaire (médicale) de Netley, a depuis quelque temps, fait des expériences sur la coagulabilité du sang, et je me propose de faire un résumé de ses observations.

Il est inutile d'insister sur le côté pratique de ces recherches, la découverte d'une méthode efficace et assez simple d'augmenter la coagubilité du sang, doit former la base de tout traitement scientifique de l'hémophilie, et de ces cas d'hémorrhagie et d'anévrysme qui ne sont pas susceptibles d'intervention chirurgicale. D'un autre côté, il est de la plus haute importance que nous connaissions les moyens de diminuer la coagulabilité du sang, lorsque nous nous trouvons par exemple en présence d'un cas de thrombose menaçante ; nous comptons faire quelques remarques sur ceux-ci dans un prochain numéro.

Les résultats des expériences peuvent être présentés sous la forme des propositions suivantes :

A. — *L'addition du chlorure de calcium au sang épanché, accélère sa coagulation.*

1). Une petite quantité de sang provenant du doigt d'un garçon hémophilique mit 45 minutes à se coaguler. En y ajoutant 1/5 de son volume d'une solution de chlorure de calcium (1 p. 00), la coagulation se fit en 9 1/2 minutes (temp. de l'air 57° Fahr. = 14° c.)

2). Madame H., mère de 2 fils hémophiliques, coagulation du sang non mélangé en 5 min. 25 sec. Après l'addition de 1/6 de son volume de chlorure de calcium (sol. 1 p. %), elle se fait en 2 min. 45 sec. (temp. de l'air dans les deux expériences 18°5 C.)

3). Avec le sang du Dr Wright. Coagulation au bout de 5 min. ; coagulation, après l'addition de 1/6 de son volume d'une solution de nucléo-albumine combinée avec 1 p. % de chlorure

de calcium, en 2 min. 30 sec. (temp. de l'air 18°5 C).

Il résulte donc qu'une solution faible de chlorure de calcium agit comme un styptique physiologique ; et l'efficacité est plus prononcée si l'on combine le chlorure avec une solution de nucléo-albumine, c'est-à-dire avec les substances albumineuses que l'on obtient des extraits aqueux de certains tissus : le thymus, la glande thyroïde, le testicule, la membrane muqueuse de l'estomac, etc.

B. *L'administration interne du chlorure de calcium augmente la coagulabilité du sang.*

Ceci a été observé dans les expériences faites : a) avec le sang de certains animaux (le chien, le lapin), b) avec le sang de l'auteur ; c) avec le sang du Dr Leonard Rogers ; d) avec le sang d'un garçon hémophilique soumis au traitement du docteur Wright.

La table suivante nous montre les résultats des expériences faites sur les parents d'un hémophilique (hémophilie héritée de la mère et de la grand'mère). Dans les expériences, la température de l'air a varié entre 11° et 14° C.

La grand'mère, la mère et le cousin-germain prenaient 6 gr. de chlorure de calcium deux fois par jour ; les deux sœurs 3 gr. deux fois par jour.

T. dénote la durée de la coagulation (i. e. le temps que prend le sang à se coaguler) avant le traitement ; t' le temps après le traitement.

(a) Grand-mère (maternelle), 68 ans ;
t = 11 min. ; t' = 5 min.
t = 5 min. ; t' = 6 1/2 m.

(b) Mère, 28 ans ;
t = 6 min. 45 sec. ; t' = 4'35".
t = 4'35" ; t' = 3'25".

(c) Sœur aînée, 9 1/2 ans ;
t = 11'45" ; t' = 9'.
t = 9' ; t' = 10'.

(d) 5e sœur 1 an 1/2 ;
t = 12'20" ; t' = 10'15".
t = 10'15" ; t' = 7'20".

(e) Cousin germain, 11 ans ;
t = 8'20" ; t' = 4'30".

Voici les résultats obtenus chez deux garçons hémophiliques (l'hémophilie probablement héréditaire de la mère, quoique son sang soit assez facilement coagulé). Temp. de l'air pendant les expériences = 18°5 C. Traitement, 2 grammes de chlorure de calcium 2 fois par jour.

a) 9 ans ; t = 60 min. ; t' = 27 min.
t = 27 min. ; t' = 13 min.

b) 7 ans ; t = 6 min. 40 sec. ; t' = 4 min.

L'administration de fortes doses de chlorure de calcium (2 gr. 3) accélère la coagulation d'une manière prononcée.

Chez 3 autres familles hémophiliques l'auteur a jusqu'ici obtenu des résultats, qui portent vers la même conclusion. Dans le cas d'une jeune fille de famille hémophilique, chez laquelle on dut interrompre l'enlèvement d'un polype nasal à cause de l'hémorrhagie, l'administration du chlorure de calcium permit de compléter l'opération plus tard avec succès. Un de ses frères est mort d'hémorrhagie consécutive à l'extraction d'une dent.

C. — *L'administration du chlorure de calcium produit souvent un arrêt d'hémorrhagie.*

Il est plusieurs fois arrivé au Dr Wright d'observer un arrêt d'une hémorrhagie, dû sans aucun doute à l'administration du chlorure, alors qu'il ne put déceler aucune augmentation dans la coagulabilité du sang.

Il rapporte des exemples d'arrêt d'hémorrhagie (hémoptysie, épistaxis, ménorrhagie chez une hémophilique, etc.). M. Mayo Robson a aussi publié des cas semblables, arrêt d'hémorrhagie dans les opérations sur le foie, dans la ménorrhagie. Le témoignage favorable est encore plus frappant lorsque l'on compare le cours d'une hémorrhagie chez un hémophilique sans aucun traitement, avec celui qui se présente lorsque le malade prend le chlorure de calcium. Selon les observations de trois médecins différents, l'administration du chlorure accélère sans contredit la coagulation du sang chez les hémophiliques.

D. — *L'administration prolongée de hautes doses du chlorure de calcium ne maintient pas en permanence l'augmentation de coagulabilité du sang.*

Exemple I : Dans un cas, 1 gr. de chlorure de calcium, 3 fois par jour, accéléra la coagulation du sang de 10 min. à 5 min. ; le 3d jour du traitement, la coagulabilité du sang atteint son maximum ; le 4e jour, par contre, la coagulation fut retardée.

Exemple II : Dans un cas d'anévrysme abdominal ; sous l'influence d'un traitement de 4 gr. de chlorure de calcium 2 fois par jour, le temps de la coagulation tomba de 6 min. à 4 min. le 3e jour. Le 4e jour, la coagulation fut retardée. On observa le même résultat après l'administration de 3 gr. matin et soir.

Le traitement fut ensuite abandonné pendant quelques jours, et la durée de la coagulation remonta entre 6 1/4 min. et 8 min.

On institua de nouveau le traitement par le chlorure, à la dose de 2 gr., 3 fois par jour. 8 h. après la 1re dose, la coagulation se fit en 3 1/2 min., et sous l'influence du traitement combiné avec une diète rigoureuse, on observa le 12e, 13e, 14e, 15e + 16e jour que t' = 4 1/4, 4 1/4, 3 1/4, 2 1/4 + 1 1/2 min.

Le jour suivant la coagulabilité du sang diminua, et le malade fut perdu de vue pendant quelque temps.

Soit dit en passant, le Dr Wright n'a pas foi dans le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'inanition et l'iodure de potassium.

L'auteur s'est ensuite occupé des effets de l'acide carbonique sur le sang ; il conclut que :

A. — *L'inhalation de l'acide carbonique augmente la coagulabilité du sang.*

Ceci fut d'abord confirmé chez certains animaux (le chien, le lapin), puis par l'examen du sang de l'auteur, et ensuite chez les enfants d'une famille hémophilique. L'occasion se présenta d'essayer ce traitement avec un certain succès sur un garçon hémophilique. Voici les détails :

A. — Garçon âgé de 4 ans. L'hérédité hémophilique remonte à 3 générations du côté de la mère. L'enfant souffre continuellement d'hématomes sous-cutanés. En septembre 1893, une hé-

morrhagie survint à la suite d'une chute sur le front ; on essaya les moyens palliatifs usuels ; elle dura six semaines. Le sang ne se coagulait pas, et l'application constante d'un bandage pendant plusieurs jours seule réussit à produire la coagulation.

L'examen du sang donna 45 min. et 1 h. comme temps de coagulation.

Le 2 février 1894, l'enfant tomba et en se cognant à une chaise, se coupa le frein de la lèvre supérieure. Au soir, il saigna copieusement de la plaie, son oreiller fut imbibé de sang, et une certaine quantité de sang fut avalée. 0 gr. 6 de chlorure de calcium furent administrés, et le sang, qui n'avait aucune tendance à se coaguler, se coagula au bout de 3 heures. Le jour suivant l'hémorrhagie recommença, et pendant le sommeil, la bouche de l'enfant se remplit de caillots. Les 4, 5, et 6 février, quoique le chlorure fut continué, l'hémorrhagie continua à intervalles, probablement par séparation du caillot de la plaie.

Le Dr Wright vit l'enfant pour la première fois le 6 février ; il constata une égratignure longue de 3 m. m. sur le frein de la lèvre supérieure, recouverte de caillot. Une goutte de sang du doigt se coagula en 2 min. 35 sec. et comme l'addition de chlorure de calcium au sang épanché n'accéléra pas la coagulation, on conclut que le chlorure avait produit son maximum d'effet ; cependant l'hémorrhagie se renouvelait chaque fois que le caillot se détachait. On eut donc recours à l'inhalation de l'acide carbonique. Un tube en caoutchouc fut introduit dans la bouche de l'enfant et mis en rapport avec l'appareil à gaz de Kipp. Pendant l'administration de l'acide carbonique la coagulation fut accélérée à 1 min. 40 sec. (temp. de l'air 37°7 C.)

Le Dr Wright fut appelé auprès de l'enfant le 12 février. L'hémorrhagie, qui avait cessé pendant 24 heures après l'inhalation du gaz, s'était renouvelée et avait duré depuis. Le chlorure (0 gr. 6 2 fois par jour), administré du 7 au 11 février, fut abandonné parce que l'enfant commença à vomir et refusa de le prendre. Le malade était anémique. On recommença l'inhalation du gaz. L'hémorrhagie, d'abord plus copieuse parce que l'enfant se débattait, cessa aussitôt que l'acide carbonique produisit son effet ; le caillot qui s'était formé dans la bouche était ferme, et un petit caillot bouchait la plaie. L'enfant s'endormit. (L'administration du gaz avait duré 1/2 heure.) On laissa le gazogène sous la surveillance des parents. 2 ou 3 fois pendant la nuit, il y eut un peu d'hémorrhagie par séparation du caillot, mais elle cessa aussitôt que l'on recommença l'inhalation.

Le lendemain l'enfant entra en pleine convalescence, il n'y eut plus de rechute.

Le traitement par inhalation de l'acide carbonique fut aussi institué dans le cas d'anévrysme abdominal dont nous avons parlé plus haut. La méthode employée consista à remplir un sac en caoutchouc de gaz, et le sac fut adapté à l'appareil de Cliner (employé beaucoup en Angleterre pour administrer l'éther). Il est facile de cette manière d'estimer la proportion d'air mélangée avec l'acide carbonique.

Le traitement par le chlorure de calcium, diète rigoureuse, fut le même.

Voici quelques résultats des observations faites pendant le mois de mai :

(t, et t' ont la même signification que nous leur avons donnée ci-dessus).

1er mai : t = 6 min. t' = 5' min. ; 5 mai : t = 4 m. 7 s. t' = 3 m. 18 s. ; 13 mai : t = 4 m. 55, t' = 2 m. 30 s. ; 21 mai : t = 4 m. 52 s. ; t' = 2 m. 42 s. ; 28 mai : t = 2 m. 37 s., t' = 2 m. 15 s., etc., etc.

Il est donc bien évident qu'une augmentation notable de la coagulabilité du sang peut être obtenue au moyen de l'inhalation de l'acide carbonique.

Les faits suivants sont importants en ce qui concerne le moyen d'administrer le gaz :

a) Il est essentiel de donner une quantité suffisante d'oxygène ou d'air en mélange, avec l'acide carbonique, non seulement parce qu'en cas contraire il survient une dyspnée grave, mais aussi parce que le sang, à défaut d'une certaine proportion d'oxygène, perd notablement sa coagulabilité.

b) La thrombose intravasculaire est un danger à craindre lorsque l'acide carbonique est administré à un animal dont le sang est déjà très coagulable. Le Docteur Wright a vu la thrombose survenir chez des animaux dont le sang avait été rendu très coagulable par le chlorure de calcium. C'est pour cette raison que, dans le cas d'anévrysme, on abandonna l'administration de l'acide carbonique les jours où le temps pris par la coagulation était au-dessous de 2 1/2 min. Il y a lieu de remarquer, à ce propos, que sir Joseph Fayrer a observé que chez les personnes dont le sang est facilement coagulable, la thrombose tend à survenir : α) après un exercice violent ; β) à la suite d'une opération. Il est probable que l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang est le facteur qui détermine la coagulation du sang dans ces cas.

Dr Macevoy.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la région de Montpellier.

Assistance médicale.

Rapport de la Commission spéciale (1).

La nouvelle loi sur l'organisation de l'assistance médicale gratuite, non encore en vigueur, oblige de façon péremptoire la Société tout entière (Commune, Département, Etat) aux charges et dépenses que peuvent entraîner les soins exigés par ses indigents et par conséquent l'obligation de payer les médecins qui les auront soignés.

L'article 26 ne peut laisser aucun doute à cet égard. En voici la teneur :

Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et en dépenses extraordinaires.

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires.

(1) Cette commission était composée de MM. les Drs Espagne, Boudou et Raynier, *rapporteur*.

Cet article crée indiscutablement à la Société l'obligation d'acquitter pour ses malades indigents, la note du médecin. En reconnaissant aussi formellement le droit du médecin à être rémunéré de ses services, la loi fait preuve d'esprit d'équité et le fait enfin rentrer dans le droit commun en ne lui imposant plus — moralement au moins — son concours constant et gracieux, concours qui — au même titre — ne fut jamais imposé à aucune corporation, au corps pharmaceutique, par exemple.

L'application de la Loi offrant son rôle le plus important dans les rapports entre la commune et le médecin, nous ne ferons que mentionner les conditions exceptionnelles où peuvent intervenir les actions du Département et de l'Etat. En effet, la liste des personnes admises, en cas de maladie, à l'assistance médicale gratuite doit être dressée par les *Bureaux d'assistance des Communes*. Une autre considération qui met en relief la prédominance de l'action communale, c'est que — dans les cas d'urgence ou de maladie aiguë, — l'admission des personnes, qui n'ont pas leur domicile dans la commune, est prononcée par le fait seul du maire, le représentant autorisé de la commune.

Dans les cas ordinaires, la liste des indigents admis à l'assistance médicale doit être dressée, par avance, en séance du *Bureau d'assistance médicale municipal*. Cette liste doit porter tous les admis nominativement (par unités), lors même que ces indigents feraient partie de la même famille (art. 12 et 13).

A ces réunions du Bureau d'assistance peut être présent le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance avec *voix consultative*.

La commission nommée par le Syndicat médical de la région de Montpellier (15 février 1894), — chargée d'étudier la présente loi, s'est rendue à la Préfecture, auprès du bureau compétent, à la date du 1er mars, et s'est informée des mesures préparatoires prises par l'administration pour la mise en activité du futur service. — Il lui a été répondu qu'on s'occupait des élections (au sein des conseils municipaux) des délégués pour les commissions administratives des Bureaux d'assistance dans les diverses communes du département, et que — sous toutes probabilités — le service serait en état de fonctionner avant la fin de l'année 1894.

Nous ne devons pas passer sous silence que MM. le Chef et le Sous-Chef du Bureau ne nous ont pas dissimulé la rémunération minime que nous pourrions tirer de cet exercice : d'abord — parce que l'administration se propose de se montrer fort sévère pour les inscriptions et qu'en conséquence le nombre des assistés se trouvera aussi réduit que possible ; et, ensuite parce que nos honoraires se trouveront limités aux ressources dudit service. Nous ne pensons pas inutile de faire remarquer incidemment que — telle encore — la Loi nous fournira administrativement cette indication que nous aurons à mettre à profit : que nous aurons tous les droits possibles pour exiger paiement des non inscrits ou pour les contraindre à l'inscription.

Mais nous avons le devoir de dire qu'en limitant ou tendant à limiter nos honoraires à ses ressources possibles, l'administration outrepasserait ses droits : elle porterait en effet atteinte à la liberté du travail, si pareille mesure était prise à l'égard d'un Syndicat ouvrier quelconque (Code Pénal 414, 415, 416). Ce n'est pas aux ressources budgétaires, qu'il est toujours facile d'augmenter, si l'on veut, qu'on doit limiter les honoraires dûment gagnés par nous, mais bien au nombre et à la qualité des services exigés et rendus. C'est — dans ce cas spécial — que le Syndicat médical doit peser de toutes ses forces et de toute son autorité. Nous comptons qu'il n'y faillira pas.

Si par le 1° de l'article 26, la Loi rend obligatoire le règlement des honoraires médicaux, elle reste en effet muette sur leur fixation. Il appartient donc au Syndicat médical de se mettre en rapport avec l'administration départementale et le conseil général pour établir le mode et le taux des honoraires soit par visites, soit par abonnements. Votre commission est d'avis que le mode à défendre soit *le mode par visites* (Voir plus bas l'extrait du procès-verbal de la séance du 6 mai) dont *le prix* ne pourra jamais — dans les plus petites communes — être fixé au-dessous de un franc (1 fr.) l'une, et restera susceptible d'augmentation suivant heure et importance. (Adopté par l'assemblée générale.) De même elle vous propose d'intervenir auprès des autorités pour faire dresser conjointement un *tarif kilométrique*, car la Loi n'a pas prévu davantage les visites, accouchements ou opérations à distance. (Adopté par l'assemblée générale.)

Le conseil général de l'Hérault a nommé, dans sa séance du 6 avril courant, une commission chargée d'étudier l'organisation de la Loi du 15 Juillet 1893 dans le département. Il convient donc au Syndicat médical de se mettre en rapport avec elle. (Adopté par l'assemblée générale.)

La Loi se tait encore sur le *mode de nomination des médecins délégués à l'assistance médicale gratuite*. Nous proposons d'émettre le vœu que — dans chaque commune — les malades indigents restent libres de s'adresser au médecin de leur choix (adopté par l'assemblée générale), lequel serait payé proportionnellement au nombre et à l'importance des visites et opérations faites par lui, soit dans les limites de l'agglomération communale, soit à distance.

Nous concluons :

Que le bureau du Syndicat médical de la région de Montpellier, de concert avec les autres syndicats de l'Hérault, intervienne auprès de la commission du conseil général et de la préfecture pour presser l'organisation du service dans l'Hérault. (Adopté.)

Qu'il mette aussi en mouvement, par la voie de l'Union des syndicats médicaux de France, l'action de l'*Union générale* à l'effet d'obtenir, dans le délai le plus rapproché, des pouvoirs publics les décrets et règlements d'administration publique. (Adopté.)

Il importe à tout le corps médical de hâter la mise en vigueur de la nouvelle Loi sur l'assistance médicale gratuite et de faire enfin cesser cet étrange abus qui tend à prendre tout médecin pour l'unique facteur obligé, le seul forçat pourrait-on dire, de la charité de tous.

Cet excellent rapport du Dr Raynier a provoqué l'adoption des conclusions dans l'Assemblée générale du 6 mai.

1. — Le mode de paiement se fera par visites, au prix minimum de un franc par visite simple de jour, et de cinq francs par visite de nuit ;

2. — Les visites à distance seront payées au tarif kilométrique de cinquante centimes par kilomètre d'aller, avec prix ordinaire de la visite en plus ;

3. — Tout malade indigent aura la liberté de choisir, parmi les médecins inscrits pour faire le service d'assistance publique, mais il aura aussi le devoir de déclarer le nom du médecin qu'il aura choisi pour la durée de l'année ;

4. — Les membres de la commission du Syndicat devront s'entendre avec la commission désignée par le conseil général de l'Hérault, à la dernière session d'avril, pour étudier en commun l'application de la nouvelle loi sur l'assistance dans le département, afin d'arriver à une solution commune, qui sauvegarde les intérêts des médecins ;

5. — L'assemblée générale décide que le rapport du Dr Raynier sera imprimé aux frais du Syndicat, et envoyé à toutes les municipalités

du département, aux membres du conseil général, au Syndicat de Béziers qui pourra intervenir à son tour auprès de la commission du conseil général, et enfin à l'Union générale des Syndicats médicaux de France, afin que tous puissent favoriser, dans le plus bref délai possible, l'organisation du service dans le département de l'Hérault.

Le Secrétaire-Général du Syndicat,
Dr DIFFRE.

REPORTAGE MÉDICAL

La loi du 2 novembre 1892 a remplacé celle de 1874 sur le travail des enfants, filles mineures et femmes employés dans les ateliers. La réglementation et la nomination des inspecteurs du travail a eu lieu fin 1893.

Les enfants ne sont admis qu'à 13 ans et avec un certificat d'aptitude physique délivré par les médecins des écoles et par ceux de l'enfance en bas âge, ou par un médecin spécial désigné par le préfet.

— Nous apprenons la mort d'un éminent dermatologiste de Lyon, le Dr *Rollet*, qui était un des plus sagaces observateurs et des plus savants cliniciens de notre époque, malgré sa modestie si admirable.

— *Les inconvénients du thé.* — L'aliénation mentale est en progression menaçante en Irlande. L'alcool joue un rôle important dans ce développement de la folie. Mais l'abus du thé et surtout la manière dont les paysans irlandais préparent cette boisson paraissent avoir leur part dans l'étiologie des affections mentales.

On n'en fait pas une infusion légère, mais une décoction forte qui mijote toute la journée dans la théière, et cette décoction, avec du pain, fait la base de tous les repas du paysan, le matin, dans la journée et le soir. Cette habitude produit une forme particulière de dyspepsie qui aboutit à une débilité générale du système nerveux.

L'insomnie est aussi une conséquence de l'abus de cette boisson.

Enfin, on attribue encore en Angleterre à l'usage abusif du thé trop fort la fréquence croissante de la carie dentaire.

(*Méd. mod.*)

— *Le choléra de 1894 en Russie.* — Saint-Pétersbourg a décidément pris un abonnement annuel au choléra et ce qui est plus grave c'est que l'épidémie actuelle laisse loin derrière elle comme intensité celles de 1892 et de 1893. Du 15 au 23 juillet, on a constaté 1292 cas et 584 morts.

En 1892, le plus grand nombre des cas quotidiens a été de 156, du 16 au 17 août, et en 1893, de 63, du 6 au 7 septembre.

Cette année la moyenne quotidienne a atteint la semaine dernière 7 à 800 cas.

L'épidémie semble cependant avoir atteint son apogée et même tendre à décroître. On a constaté le 27 juillet 725 cas et 679 le 28.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3930. — M. le docteur BÉCUE, de Cassel (Nord), présenté par le Directeur.

N° 3931. — M. le docteur MANSORD, de Grand-Lemps (Isère), membre de l'Association des médecins de l'Isère et du Syndicat de Voiron.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs DE SEGUY, de Saint-Flour (Cantal), et CADY de Torfou, (M.-et-L.)

Nous faisons part également du décès de M. le Dr MAZARD, de Limoges, qui, depuis 10 mois, venait de fonder, avec le Concours du Dr de Font-Reaux, le syndicat de la Haute-Vienne, en pleine prospérité. M. Mazard laisse d'unanimes regrets parmi les médecins dont il était président.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Récentes publications

Anatomie. — Histologie. — Physiologie.

GAZIN (le Dr M.), docteur ès-sciences, ancien interne, (médaille d'argent) des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — *Des origines et des modes de transmission du cancer.* Grand in-8 de 100 pages, 5 fr.

CHOQUET (J.). — *Traité technique des préparations microscopiques* à l'usage du dentiste. 1 vol. in-18 avec figures, 3 fr.

GOLDSCHMIDT. — *La lèpre.* Un vol. in-8 avec dix planches hors texte, 3 fr.

LABORDE (J.-V.), directeur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté, membre de l'académie de médecine. — *Traité élémentaire de physiologie*, d'après les leçons pratiques de démonstration, précédé d'une introduction technique à l'usage des élèves. In-8 de 450 pages avec 130 figures dans le texte et 25 planches dans l'introduction. Broché, 10 fr. Cartonné à l'anglaise, fer spécial, 12 fr.

La physiologie est une science qui, depuis quelques années, a fait d'immenses progrès. Les ouvrages classiques de BÉCLARD, LONGUET, BEAUNIS ET BOUCHARD sont et resteront des modèles ; mais, soumis à la loi commune, ils vieillissent, ne sont plus au courant de la science. De plus, pour le professeur enseignant, il y a certains *desiderata* qu'il faut combler. Avec une compétence toute spéciale, le savant directeur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Paris, a pu, avec une expérience de plus de douze ans de cours, arriver à combler ces lacunes.

LABORDE (J.-V.), membre de l'académie de médecine. — *De l'intoxication par l'oxyde de carbone*, à propos de l'usage des poêles mobiles, et de la transfusion sanguine comme méthode rationnelle du traitement de cette intoxication, In-8 de 36 p. 1 fr.

LABORDE (J.-V.) *La méthode expérimentale principalement considérée dans les sciences biologiques.* In-18 de 95 pages, 2 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 34 25 Août 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

UN MÉDECIN EN COUR D'ASSISES

I. — Une singulière enquête.

Un médecin traite une affection banale, une *métrite* ; une lettre anonyme avertit la justice, la veille de l'avortement, que la fille qu'elle dénonce va, pour la 4e fois avorter et, en effet, le lendemain, 27 janvier, après avoir nié d'abord, la malheureuse reconnaît qu'elle a expulsé un fœtus de 4 mois, que personne n'a vu. Que fait le juge d'instruction ; se rend-il en personne auprès de celle qu'on dénonce ? Non, il envoie un médecin, le Dr B., qui ne voit pas non plus le produit expulsé et ne constate rien ; le fœtus, dit la fille, était pourtant là ; ni juge, ni médecin ne s'en préoccupent. Quand le juge vient enfin, la fille, dit qu'elle a jeté le fœtus à la Seine et c'est alors que, comme l'a raconté notre confrère *Toussaint*, dans le précédent numéro, elle ment d'abord, puis, pressée de questions, pour atténuer ce qu'elle a déclaré, elle accuse le médecin, qui a traité la métrite, de l'avoir fait avorter, sans intérêt, sans motif, sans mobile, *pour se procurer*, dit le procureur de la République, *une clientèle* ! Singulière façon d'aller à la renommée ! et qui mène le médecin en Cour d'assises !

Et voilà pourquoi, sur quelles présomptions, sur quel témoignage, témoignage unique, intéressé, mensonger, on traduit devant la Cour d'assises un docteur en médecine irréprochable. La lettre anonyme accuse, en outre, la fille, de 3 avortements passés et annonce le 4e pour le lendemain. Croyez-vous que le juge d'instruction pousse à fond sa tâche redoutable ; qu'il recherche les trois avortements antérieurs. Non, cela n'est pas la peine ! il a autre chose à faire ; il a fait avouer à la femme que c'est un médecin qui l'a fait avorter, pour rien, pour l'amour des avortements ; la seule preuve et qui lui suffit, c'est que la victime du médecin décrit très bien l'éponge préparée, la sonde dont, dit-elle, on s'est servi ! voilà les preuves matérielles, les seules, qui ont suffi au jury pour former sa conviction. Le juge ne veut pas s'assurer si la prétendue victime des manœuvres n'aurait pas connu ces instruments à l'occasion des avortements dont l'accuse la lettre anonyme, motif de la poursuite. Un médecin interrogé, à l'audience, sur les soins qu'il a donnés à la femme, propose à celle-ci de le délier du secret ; elle s'y refuse. Le tribunal n'a pas trouvé le refus suspect, de la part d'une personne que l'on a présentée comme irréprochable.

Plus on examine cette horrible affaire, plus on arrive à cette conviction que jamais on ne s'est trouvé en présence de faits si lamentables.

A qui s'intéresse donc le jury ? à la fille, car, en séance de délibération, il fait demander au président des assises, de ne la condamner qu'à un an et non à deux, de prison et il signe ensuite le recours en grâce.

Quant au médecin, il n'en a eure ; il est tellement condamné par avance, que le défenseur a été contraint de récuser deux jurés qui, avant les débats, avaient tenu ce propos : « Ah ! il y a un médecin dans l'affaire ? nous le salerons ! » Comment un pareil sentiment peut-il entrer dans l'âme d'honnêtes gens. Il faut, pour s'expliquer le verdict rendu, qu'il n'ait pas régné seulement dans l'esprit des deux jurés récusés. C'est monstrueux !

Et pour comble de malheur, l'avocat, comme tout l'auditoire, comme les magistrats, pensait si peu à une condamnation, qu'il a négligé de prendre, à l'audience, des conclusions pour le pourvoi, basées sur des faits matériels, qu'on lui

a signalés ensuite, mais qui, dès le jugement, ne peuvent plus être invoqués.

Nous nous consacrons, actuellement, à une tâche aisée : faire entrer, dans l'esprit des magistrats qui vont juger le procès du pourvoi, la conviction qui nous anime, de la parfaite innocence du Dr Lafitte. Alors ils seront encore plus intéressés que nous, par le sentiment de leurs devoirs, à rechercher, avec un soin méticuleux, les motifs de cassation qui peuvent se rencontrer dans la procédure et dans le jugement. Nous voulons espérer que notre attente ne sera pas déçue.

A. C.

II. — Seconde lettre du Dr Lafitte.

Nous avons reçu une nouvelle lettre du docteur Lafitte, à qui on avait fait parvenir l'avant-dernier numéro du journal.

Versailles, le 14 août 1894.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai reçu, hier au soir, votre numéro du 11. Merci à vous qui voulez bien vous intéresser à ma situation, merci de votre langage élevé et *vrai* et de l'appel que vous faites à tous nos confrères. Le *Concours médical* et Dieu aidant, j'espère que la cause de la justice et de la vérité finira par triompher.

Je ne puis vous dire la douceur infinie du baume que votre article, ou plutôt votre appel, a versé sur ma blessure ; votre article et ceux de mes bons amis Toussaint et Le Grix.

Ces voix émues et indignées de deux confrères, qui ont *vu* et *entendu*, sont le reflet fidèle de la vérité et de l'opinion de tous ceux qui ont assisté à l'audience, et aussi, je suis fier et heureux de pouvoir le dire, de tous ceux qui me connaissent.

C'est odieux, c'est navrant, c'est épouvantable, inouï, de voir une longue vie toute d'honneur et de dévouement venir sombrer contre la calomnie d'une malheureuse, calomnie *démontrée par la science*; faiblement soutenue par le Ministère public, qui, soucieux de la justice, n'a pas osé affirmer ma culpabilité, n'a pas parlé de condamnation.

Et cette accusation insensée que pas un homme *sain d'esprit* n'aurait admise, que tous les gens capables de comprendre ont repoussée avec indignation, eh bien, il s'est trouvé un jury aux portes de Paris !!! qui a bien osé l'admettre, et qui devant Dieu ! et devant les hommes ! en âme et conscience !!! a dit : cet homme, pendant 50 ans sans tache, qui, pendant 22 ans, a exercé avec dignité la profession médicale, qui a onze fois exposé sa vie sur les champs de bataille, qui a été deux fois proposé pour la Légion d'honneur, cet homme a, pour 33 francs, vendu âme, conscience, honneur ; il a ruiné sa situation matérielle, tué sa situation morale et celle de sa famille, il est devenu criminel, il a tué, il mérite le bagne !

Quel horrible cauchemar, quelle lugubre aventure !! Oh merci encore de tout ce que vous ferez pour que je sorte au plus tôt de cette prison.

Votre malheureux confrère,

Dr Lafitte.

III. — A propos du cas du Dr Lafitte. Dangers de la profession.

Le cas du Dr Lafitte nous a valu un certain nombre de lettres où des confrères nous racontent des faits qui leur sont personnels et qui, en présence de la conduite des magistrats de Seine-et-Oise, ne sont pas sans les préoccuper sérieusement pour l'avenir, car ce qui s'est passé peut se reproduire, cela est certain.

Nous ne pouvons citer tous ces faits, nous nous bornons à quelques-uns qui sont typiques.

Cher confrère,

Devant le public, un médecin paraît toujours un imbécile s'il se trompe ou même s'il hésite en présence d'un commencement de grossesse — la chose n'est pourtant pas parfois si facile à diagnostiquer.

FEUILLETON

Eloge de Duchenne, de Boulogne,

Par le Dr Patin (*suite et fin*).

La vie de Duchenne se résume dans son existence scientifique. Nulle autre ne fut plus laborieusement remplie même jusqu'aux approches de la mort. Tous les matins, sauf les plus rares exceptions, il visitait un ou deux hôpitaux, choisissant les cas les plus favorables à ses études, mettant libéralement au service de tous, sa mémoire médicale, qui s'enrichissait chaque jour et son expérience technique. Ses idées, ses notions acquises, ses travaux en voie d'élaboration, se produisaient à découvert au cours de ces causeries familières, ce qui explique, sans les absoudre, certaines réclamations de priorité, auxquelles échappent ses meilleurs travaux et dont le présent a d'ailleurs fait justice.

L'électricité n'étendant guère son action au delà des troubles du mouvement et encore ceux qui se rattachent à une surexcitation motrice lui échappant, c'est dans le vaste domaine des paralysies, des parésies, des atrophies que se déploya tout d'abord son activité.

Le traitement topique par l'électrisation des paralysies et des atrophies implique la connaissance exacte des actions musculaires. La physiologie des muscles fut donc, dès le début, son principal objectif. Malgré les récents travaux d'anatomistes tels que Winslow, Borelli, Sabatier, Bichat, bien des points restaient obscurs dans le fonctionnement d'un bon nombre de ceux-ci ; Duchenne s'efforça de les élucider, grâce à l'excitation électrique, qui lui permettait l'expérimentation sur le vivant et constituait entre ses mains un instrument d'une exquise délicatesse.

Il ne tarda pas à corriger les nombreuses erreurs dont les conclusions a priori des purs anatomistes, déduites par présomption du siège des insertions, étaient entachées.

Après avoir exposé, en 1847, les principes de sa méthode d'exploration musculaire, il en consigna, en 1855, les résultats dans son célèbre traité de l'électrisation localisée. On peut dire que de cette époque date véritablement l'introduction raisonnée de l'électricité dans la thérapeutique, l'électrothérapie scientifique.

Duchenne ne s'en tint pas là ; non content d'avoir fixé sur des bases inébranlables l'action isolée des muscles, il devina et établit ce que j'appellerai leur solidarité fonctionnelle. Tout mouvement, en effet, n'est pas le résultat de la contraction d'un seul muscle agissant indépendamment, mais bien la résultante d'une action

Sans doute, si une jeune mariée accuse, avec la suppression des règles, des troubles digestifs, des vomissements, des étouffements, on sait immédiatement à quoi s'en tenir. Et pourtant, s'il m'en souvient, on nous a appris autrefois qu'il ne fallait rien affirmer.

Mais si la femme qui se présente devant le médecin cherche à l'induire en erreur, le trompe dans ses réponses, si cette femme est malade en même temps, on conviendra que la difficulté est plus grande et que le médecin, malgré sa prudence et sa sagacité, peut être trompé.

Je me rappelle, pour ma part, avoir pendant un certain temps donné des soins à une femme atteinte de métrite avec ulcération du col et qui commençait une grossesse. Elle ne se doutait de rien et moi non plus jusqu'au moment où, moi-même, découvrant la chose, je la lui ai apprise et ai cessé mes soins.

Une autre fois, je suis appelé en consultation par un confrère, pour voir une jeune femme, autrefois ma cliente, qui atteinte, au moment de ses règles, d'une hémorrhagie abondante, avait vu cette hémorrhagie se renouveler au bout de trois semaines et qui, depuis cette époque, avait des vomissements incoercibles et souffrait atrocement du ventre.

Nous crûmes devoir nous adjoindre un troisième confrère et après des examens prolongés, après la discussion en commun des faits observés, pas un seul d'entre nous ne songea à un début de grossesse — nous n'étions pas fixés, cela est vrai et nous convînmes d'attendre avec une surveillance rigoureuse, mais, je le répète, nous ne pensions pas un seul instant à la grossesse...... et pourtant les faits ultérieurs vinrent nous détromper.

Ces cas n'ont-ils pas une analogie singulière avec celui du Dr Lafitte ? Et n'est-ce pas en tremblant que dorénavant nous aborderons des malades de ce genre ?

Il est certain que ces faits se rencontrent à chaque instant dans la pratique médicale et que les magistrats, s'ils croient devoir intervenir dans quelques-uns d'entre eux, devraient le faire avec plus de circonspection.

Mais voici un autre fait :

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous me permettre, à propos du cas du Dr Lafitte, de vous raconter un fait qui m'est arrivé, il y a bien longtemps déjà, mais qui m'a laissé un souvenir tel que je ne puis me le rappeler, sans une certaine émotion.

Une mère m'amène un jour sa fille : j'étais jeune médecin et ne connaissais ni l'une, ni l'autre ; cependant, à première vue, je pensai *in petto* : « Voilà une gaillarde, qui est enceinte. »

La mère ne se doutant de rien, je dirigeai mon interrogatoire d'une façon un peu captieuse, mais toutes les réponses de la fille me déroutèrent absolument.

Je ne puis rapporter ces réponses : qu'il suffise de dire qu'elle était irrégulièrement réglée, depuis fort longtemps, qu'il n'y avait jamais eu de suppression complète des règles, qu'elle n'avait eu aucun trouble digestif et qu'elle souffrait du ventre.

Je ne pratiquai pas le toucher, c'était une faute. — Que celui qui n'hésiterait pas, en pareil cas, me jette la première pierre — mais je palpai le ventre et mon examen ne me dérouta pas moins que les réponses de la fille. L'utérus était plus volumineux qu'il n'aurait dû être, mais son volume ne répondait pas à celui d'une grossesse à l'époque où elle aurait pu être ; de plus il présentait des bosselures que je m'expliquai mal. Il faut ajouter que l'examen était difficile, la paroi abdominale présentant une certaine épaisseur et le palper était réellement douloureux.

J'hésitais sur le diagnostic, mais j'avoue que je ne croyais plus à une grossesse. J'ordonnai des onctions laudanisées et je ne sais plus quel calmant interne.

Sur ces entrefaites, je partais en vacances. Pendant mon absence, ces deux femmes revenaient et la fille se présentait à mon remplaçant, vieux praticien qui en avait vu de toutes les couleurs. Pas plus que moi, il ne s'arrêta à l'idée d'une grossesse et lorsqu'à mon retour il me parla de ce cas, il me déclara, sur la question que je lui faisais, *n'avoir rien vu de suspect.*

Un certain temps se passa, puis une nuit je fus mandé près de cette fille qui souffrait bien davantage.

Les douleurs étaient vives et continues, le ventre toujours très sensible — ou du moins la malade l'affirmait — j'avais éloigné l'idée d'une grossesse, je ne pensais pas à un accouchement : j'ordonnais un lavement laudanisé et me retirais.

Le hasard voulut qu'au moment de partir j'engageai

---

multiple et coordonnée, même de la part de muscles que l'on pourrait considérer comme antagonistes. Toute contraction isolée, à part quelques exceptions, ne produit qu'un spasme ou une déformation.

Cette notion capitale de la solidarité des actions musculaires poursuivie avec un admirable esprit de suite, a complètement modifié la conception des mouvements physiologiques. Elle lui a permis, notamment, de rendre compte scientifiquement des causes de nombreuses infirmités ou difformités inexpliquées jusqu'à lui et d'un immense intérêt clinique, l'incoordination motrice, les spasmes musculaires et tant d'autres troubles moteurs. En particulier, les déformations si multiples des mains, les différentes griffes pathologiques ne seraient encore que de simples bizarreries, de véritables énigmes, si Duchenne n'en avait donné la clef.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux nombreuses déformations et déviations congénitales ou acquises que l'on observe aux extrémités inférieures. Les chirurgiens savent bien de quels progrès l'étude des déviations articulaires et osseuses des pieds bots et des torticolis est redevable à Duchenne. Les nombreux et ingénieux appareils de prothèse musculaire qu'il a imaginés, les principes si judicieux d'orthopédie physiologique qu'il a formulés, tous ces travaux dérivent directement de cette loi des synergies, des associations et des antagonismes musculaires, qu'il a le premier nettement formulée, et qui fut la source initiale et inépuisable de ses découvertes.

Jusqu'ici l'électricité n'a servi à Duchenne que comme moyen thérapeutique d'abord, comme excitateur musculaire et critérium anatomo-physiologique ensuite. Les lésions bien déterminées, il s'élèvera bientôt du fait particulier au syndrôme et du syndrôme au type nosologique, appuyant sur ce qu'il conviendrait d'appeler la pathologie électrique, le monument aujourd'hui si vaste de la pathologie nerveuse. Il fera passer l'électricité de la condition de moyen curatif à celle de moyen d'exploration, puis de classement morphologique.

Mais avant de parler de ses découvertes pathologiques, considérons Duchenne sous un jour bien différent de celui que révèlent ses travaux antérieurs. A côté du médecin, du physiologiste, de l'ingénieur électricien fabriquant et modifiant lui-même ses nombreux instruments et créant de ses propres mains son laboratoire, nous verrons poindre et s'accuser l'artiste, étudiant les modifications que la passion apporte ou imprime à la physionomie humaine et appliquant à l'expression des traits du visage ses procédés de fine analyse électro-physiologique.

avec le père une assez longue conversation sur je ne sais plus quoi. Tout d'un coup un cri me fait remonter près de la malade, j'ouvre le lit et je vois quoi..... un placenta !

Pas d'enfant !

Malgré les dénégations de la fille et le scandale causé par mon dire près des personnes présentes, je cherche.... et trouve sous le matelas l'enfant vivant encore et que je parvins à ranimer tout à fait.

Cet enfant, je le sus alors, venait au bout du temps normal, mais il n'était pas plus gros qu'un fœtus de six mois ; son développement avait été entravé. Il n'était évidemment pas viable.

Je crus devoir faire personnellement au maire la déclaration de naissance et de non viabilité.

L'enfant mourut au bout de deux jours.

Une lettre anonyme dénonçait bientôt la fille, comme coupable d'infanticide et le Juge de paix était chargé d'une première enquête.

Mon dire, celui du maire firent que l'affaire n'eut aucunes suites et que l'enquête même ne s'ébruita pas.

Mais je me demande ce qui serait arrivé si j'avais quitté la maison sans parler au père !

Ce qui fût arrivé, il est facile de le prévoir : l'infanticide eût été consommé et notre confrère, malgré ses affirmations et peut-être, à cause d'elles, aurait été impliqué dans l'affaire.

Il y a quelques semaines, nous aurions soutenu qu'il s'en fût tiré facilement ; que son innocence eût éclaté à tous les yeux ; nous n'oserions maintenant être aussi affirmatif.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic des tumeurs dermoïdes de l'ovaire.

Dans sa récente thèse, M. le Dr *Lesourd* examine s'il est possible de faire le diagnostic exact des kystes dermoïdes de l'ovaire et il conclut de la façon suivante :

Les kystes dermoïdes possèdent-ils un signe pathognomique ? un signe constant dans le cas de tumeur dermoïde, faisant défaut, au contraire, s'il s'agit d'une tout autre tumeur de l'ovaire ? Nous ne le pensons pas. Peut-être même est-ce pour avoir trop cherché, dans cette voie, qu'on n'a jamais pu aboutir à un résultat satisfaisant.

Pour M. Lesourd, il y a trois signes caractéristiques des kystes dermoïdes de l'ovaire; ce sont :

1° Le petit volume de ces kystes ;
2° Leur évolution lente ;
3° Les douleurs qui les accompagnent.

Faisons remarquer, tout d'abord, que de ces trois caractères, il n'en est aucun qui n'ait été déjà décrit. A chacun d'eux, même, on voulut attribuer un rôle pathognomonique ; aussi eut-on à subir de nombreux mécomptes.

Aucun, nous le répétons, n'a de valeur absolue. Le petit volume de la tumeur, pas plus que son évolution lente ou les souffrances qu'elle détermine, ne peut suffire à faire affirmer sa nature dermoïde.

C'est l'ensemble, le groupement de ces trois symptômes qui seul est significatif, et nous croyons pouvoir, dans l'énorme majorité des cas, conclure à une tumeur dermoïde si, dans un kyste, nous constatons nettement :

1° Sa petitesse ;
2° Son évolution lente ;
3° Les douleurs qu'il détermine.

La gale et les accidents para-galeux.

Dans une très intéressante leçon, le professeur *Leloir*, de Lille, insiste sur la fréquence étonnante des éruptions polymorphes, dont la nature échappe à bien des médecins et qui ne sont que des reliquats de gale méconnue, des éruptions para-galeuses.

Avant les recherches de Duchenne, la plupart des livres écrits sur l'expression s'occupaient presque exclusivement de la physionomie; c'est-à-dire du moyen de reconnaître le caractère par l'étude de l'état habituel des traits du visage. Il suffit de citer avant lui le peintre Lebrun, Camper, Lavater, Ch. Bell, Moreau de la Sarthe, Humbert de Superville, Gratiolet, etc. Mais ici encore c'est Duchenne, qui vient tracer d'une encre indélébile les lois positives de l'expression passionnelle. Ajoutant encore à ses talents celui de photographe à une époque où cet art était loin d'être démocratisé, il démontra la valeur expressive de chacun des muscles peauciers de la face, accompagnant le résultat de ses recherches d'un magnifique atlas photographique (mécanisme de la physionomie humaine Paris 1862).

Méconnu en France, ce travail, que les recherches de Luys ont plus tard pleinement confirmé, ne devait y être apprécié qu'après qu'il nous serait revenu d'un pays étranger, qu'après que l'Anglais Darwin aurait fait des résultats du physiologiste français, la base de ses intéressantes études.

Parlant à des médecins, je ne rappellerai que les traits essentiels de l'œuvre la plus importante de Duchenne, ses découvertes pathologiques. Il étudie d'abord les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes et établit leur distinction avec les paralysies d'origine cérébrale, rhumatismale et hystérique.

Ses recherches sur la paralysie des nerfs facial et radial, dans lesquelles il établit des distinctions toutes importantes et ajoute des constatations toutes nouvelles, constituent un travail de dissection anatomophysiologique des plus remarquables.

Son étude de la paralysie saturnine est une œuvre capitale et qui montre sous son meilleur jour son remarquable talent d'analyste. Ces mêmes qualités se révèlent peut-être à un plus haut degré encore, dans la description de cette étrange maladie qu'il a étudiée sous le nom d'atrophie musculaire progressive, sans qu'aucun de ses caractères ait échappé à sa perspicacité.

La paralysie atrophique de l'enfance, observée avant lui par Heine, Rilliet et Barthez et H. Roger, lui fournit l'occasion d'introduire dans la symptomatologie de la maladie de très importantes notions. Si les beaux travaux de localisation spinale, qui font l'honneur de l'École de la Salpêtrière, ont singulièrement éclairé la pathogénie et facilité la compréhension des types morbides créés par Duchenne, ils n'en ont été, si je puis dire, que le développement et n'ont rien ajouté, ni retranché d'essentiel au tableau clinique qu'il en a tracé.

« Par sa localisation, par les caractères particuliers de son éruption et de son prurit, la gale est d'un diagnostic facile dans l'immense majorité des cas. Il ne devient difficile et parfois très difficile, que lorsqu'on se trouve en présence de gales anormales. A chaque instant, l'on voit traiter, pour des affections toutes différentes, des sujets qui n'ont autre chose que la gale. J'ai vu des galeux auxquels leur médecin, après les avoir bourrés d'arsenic, d'iodure, de purgatifs, voire même de mercure, conseillait en désespoir de cause une cure aux eaux thermales.

« En 1883, je fus consulté à Paris par un employé de la Banque de France pour une éruption datant de 3 ans, au sujet de laquelle il me disait avoir consulté nombre de médecins. On l'avait traité pour de l'eczéma, du lichen, de l'ecthyma. On lui avait fait prendre tour à tour de grandes doses d'arsenic, d'iodure de potassium, d'hydrargyre; on lui avait ordonné des tisanes, des bains, des pommades. Il me fut facile de constater que le malade avait la gale. Sa femme, qui était atteinte d'une éruption semblable, avait également subi les traitements les plus divers. Je prescrivis à ces malades la frotte, puis un traitement destiné à combattre leurs éruptions para-galeuses, et en quelques jours ils étaient guéris. »

Comment expliquer de pareilles erreurs ?

D'abord par l'inattention et l'ignorance, mais beaucoup aussi, parce que bien des médecins n'osent pas diagnostiquer la gale chez certains de leurs clients riches ou occupant une position élevée dans l'échelle sociale; car, aux yeux de nombre de gens du monde, la gale est considérée comme une maladie infamante, sordide, crapuleuse.

Toute gale reconnait comme cause un parasite, qui est l'acare. Il n'y a que l'acare qui puisse transmettre la gale.

Tous les moyens pouvant amener le transport de l'acare, d'un galeux sur un sujet sain, peuvent déterminer la gale chez le sujet contaminé.

La contamination peut être indirecte ou directe.

La contamination indirecte est un mode puissant de propagation de la gale. C'est surtout par les objets de literie : draps, couvertures, matelas, etc., souillés par les galeux, que se fait la transmission indirecte.

La contamination directe est de beaucoup la plus fréquente.

C'est surtout par le contact avec le galeux que l'on contracte la gale. Mais, pour que cette contamination se fasse, il faut, comme nous l'apprend la clinique, que ce contact soit suffisamment prolongé. C'est ce qui fait que nous n'attrapons pas la gale, bien que nous examinions et que nous maniions tous les jours des galeux.

Il n'est pas toujours nécessaire, cependant, pour que la contamination se fasse, que le sujet contaminé et le sujet contaminant couchent dans le même lit.

Un contact prolongé et localisé, peut suffire dans certains cas.

Toutefois, ne l'oublions pas, ainsi que l'a montré Hardy, c'est par la cohabitation nocturne que la gale se transmet 95 fois sur 100. Ici, en effet, tout concorde pour produire la contagion : contact prolongé, séjour dans les mêmes draps, etc., etc. Aussi est-il presque impossible d'échapper à la gale en cohabitant avec un galeux comme le dit si justement Hardy.

M. Leloir termine en faisant remarquer que, c'est pendant la jeunesse et l'âge adulte, époque à laquelle l'homme court et voyage davantage, que l'on observe le plus fréquemment la gale.

Malgré cela, il ne faut pas oublier que l'on peut contracter la gale à tout âge, aussi bien le

---

Je ne dirai qu'un mot de la lumière qu'il a jetée sur ce groupe complexe de faits cliniques désignés par lui sous le nom de paralysie générale spinale, et dont il a cherché à localiser le siège dans les différents éléments de la moelle.

C'est ainsi qu'il décrit sous le nom de paralysie spinale antérieure de l'adulte un processus identique à peu de chose près à la paralysie atrophique de l'enfance. — De même, sous la rubrique paralysie générale spinale antérieure subaiguë, il distingue une paralysie atrophique toute particulière qu'en 1853 il avait distinguée de l'atrophie musculaire d'une part et de la myélite diffuse d'autre part et dont les prévisions anatomiques ont été vérifiées depuis par Cornil et Lépine.

La structure anatomique du bulbe a été l'objet presque exclusif des recherches de ses dernières années; le premier il a décrit la plus importante des paralysies bulbaires, la paralysie glosso-labio-pharyngée.

La découverte de la paralysie pseudo-hypertrophique de l'enfance fut une de ses dernières créations pathologiques (*Arch. générales de médecine* 1868). Il l'avait déjà entrevue dès 1861 et signalée sous le nom de paraplégie hypertrophique de l'enfance. Cet intervalle, que je souligne, entre la perception primitive de quelques-uns des traits, l'ébauche en un mot d'une affection et sa fixation définitive comme entité morbide nous amène sans transition à l'étude la plus populaire de Duchenne, celle qui a surtout contribué à fonder sa célébrité, celle aussi qui lui a été le plus âprement et le plus injustement contestée; l'ataxie locomotrice progressive.

Si la distinction plus ou moins nette des symptômes d'une maladie suffisait à en caractériser le type, c'est à Romberg peut-être qu'il conviendrait d'en attribuer le mérite. Dans l'édition de 1851 de son traité, le professeur Berlinois signale en effet quelques-uns des principaux symptômes du Tabes, les douleurs fulgurantes, les troubles de la vision, les crises gastriques elles-mêmes, si bien étudiées depuis par Charcot, s'y trouvant mentionnées. Mais à ce point de vue, Pinel, bien avant Romberg, aurait droit à une large part de cette découverte, qui décrit et désigne déjà sous le nom d'ataxie cet ensemble de phénomènes nerveux remarquable par l'irrégularité de la marche et la gravité des maladies des centres nerveux, auxquelles il les rattache.

Constatons donc, avec Trousseau, un illustre contemporain, dont nul ne saurait contester la juste et imposante autorité, que si avant Duchenne, bien des faits se rapportant à cette affection, dont l'apparition était loin d'être nouvelle, avaient été vus par d'autres et consignés dans des ouvrages de médecine, ces faits n'avaient pas

nourrisson que le vieillard ; que personne ne peut affirmer qu'il n'aura jamais la gale, à quelque classe de la société qu'il appartienne.

La stérilisation du lait.

Comme complément à notre étude sur la stérilisation du lait, nous ajoutons la description d'un appareil dû à M. Ollendorf, que nous trouvons dans la *Gazette de Liège.* Cet appareil se compose :

1° D'une marmite en fer-blanc, avec couvercle pour la stérilisation de 10 flacons et un support en métal pour maintenir les flacons pendant la cuisson ;

2° De vingt flacons en verre spécial très résistant, dont 10 de 200 grammes et 10 de 250 grammes de contenance ;

3° D'un support en bois pour suspendre les flacons nettoyés avec bac en zinc et tiroir pour y loger les accessoires ;

4° D'un bain-marie pour réchauffer les flacons avant leur emploi ;

5° De dix capuchons brevetés à fermeture automatique ;

6° De trois tétines en caoutchouc ;

7° D'un verre à bec gradué pour mesurer et diluer le lait, d'une contenance de 1,500 grammes avec division de 50 en 50 grammes ;

8° D'un entonnoir en verre avec anse, de brosses pour nettoyer les flacons et les tétines.

Ce nouveau système breveté d'Ollendorf présente une fermeture automatique, en forme de capuchon en caouchouc, avec soupape d'air.

Il résulte du rapport de la Station agricole de l'Etat de l'Université de Bonn, que la fermeture d'Ollendorf mérite la préférence sur la fermeture à rondelles de l'appareil Soxhlet, qui existe déjà depuis quelque temps dans le commerce. Cette fermeture n'a pas, paraît-il, les mêmes inconvénients ; elle est hermétique pour une longue durée : après six mois, d'après le rapport, le lait stérilisé au moyen de ce système était encore en parfait état et frais comme le premier jour.

Manière d'administrer les tænifuges.

Le Dr *Leslie Ogilvie*, de Philadelphie, a fait d'intéressantes observations sur la manière la plus pratique d'administrer les vermifuges, surtout chez les enfants et voici comment il conseille de procéder : préparer le patient en le mettant au régime ; donner des purgatifs le soir et le lendemain matin à 7 heures, si cela est nécessaire, afin de débarrasser le ver du mucus qui l'enveloppe ; administrer une première dose du vermifuge à 8 heures et une seconde à 9 heures ; bien nettoyer l'intestin par une dose d'huile de ricin à 11 heures, même si le ver a été expulsé dans l'intervalle ; enfin rechercher soigneusement la tête du parasite, afin de pouvoir donner une opinion sûre quant au résultat du traitement.

Comme purge, il préfère le sulfate de soude additionné d'un peu de teinture de jalap.

Le régime du malade est d'une certaine importance, pour sa préparation au traitement. Il devra manger moins que d'habitude pendant quelques jours, et la veille ne boire que du lait. On lui permettra des bouillies au lait, des crèmes à l'œuf et un peu de stimnlants. Le médecin doit visiter le malade bientôt après qu'il a pris la seconde dose de vermifuge, non seulement pour l'observer, mais aussi pour inspecter les matières qui doivent être gardées dans des vases séparés.

Comme tænifuge, le meilleur paraît être l'extrait de fougère mâle à la dose de 3 à 4 grammes, pour les enfants.

Rappelons, à ce propos, que le Dr *Duhourcau*, de

---

reçu leur véritable interprétation ; que les rares et trop concises descriptions se rapportant à l'ataxie que quelques auteurs étrangers avaient données sous différents noms plus ou moins appropriés étaient tout au moins fort incomplètes, sinon fort inexactes, sans en excepter le traité de Romberg, tant sous le rapport de l'exposé des symptômes que de l'anatomie pathologique. Qu'en France, comme d'ailleurs en Angleterre et même en Allemagne, l'attention du public médical n'a été véritablement éveillée sur cette terrible maladie, que depuis la publication du mémoire de notre compatriote.

Qu'enfin avant Duchenne, les troubles de la motilité si remarquables dans cette curieuse affection étaient unanimement rattachés suivant qu'ils s'accompagnaient ou non de troubles de l'encéphale, soit à la paralysie vulgaire, soit à la paraplégie ; que l'abolition progressive de la coordination des mouvements et la paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire, caractères fondamentaux et vraiment spécifiques de la maladie, lui appartiennent donc en propre et exclusivement.

Si Duchenne, enfin, ne publia son mémoire qu'en 1858, il ignorait absolument le travail du médecin allemand ; d'ailleurs, les pages pressées, écourtées du maître étranger ne font guère figure auprès de sa description si vivante, si minutieuse, si complète. Pour tout dire en un mot, concluons avec Lasègue : « Celui qui veut se faire une idée vraie de l'ataxie locomotrice, ce n'est pas dans la sèche esquisse de Romberg qu'il la puisera jamais, mais bien dans le tableau si ferme, si magistral, si conforme à la réalité clinique que Duchenne en a tracé. »

Nous rendrons donc à notre concitoyen la justice qui lui est due et, avec Trousseau et Charcot, nous désignerons dorénavant l'ataxie sous le nom de *Maladie de Duchenne.* Cette dénomination sera bien autrement légitime que tant d'autres appellations exotiques, dont nous nous plaisons, dans notre bonhommie gauloise, à décorer tant d'affections de paternité plus ou moins discutable. Nous formerons, en outre, le vœu, que la présence d'un médecin distingué à la tête de notre municipalité, fera, je l'espère, promptement aboutir, de voir bientôt inscrire, à l'entrée d'une de nos grandes voies, ce nom de Duchenne qui honore à la fois notre ville et la France, en attendant que sa statue vienne, avant que se termine le siècle où il a vécu, orner une de nos places publiques, glorifiant à la fois la science et l'humanité.

Boulogne-sur-Mer, 28 juillet 1894.

Pau, a inventé un tænifuge facile à absorber pour les adultes. Mais, comme toujours, le tænifuge ne vaut que par le mode d'administration.

Le soir, qui précède son administration, il est bon de prendre une purge saline additionnée de teinture de jalap (5 à 10 grammes), et le jour même, après l'absorption des capsules de Duhourcau, et les deux premières selles, une deuxième purge saline.

Traitement des bubons inguinaux.

Dans une récente leçon faite à l'hôpital de la Pitié, M. le Dr *Lejars* expose fort magistralement la question des bubons inguinaux. Nous en empruntons quelques passages au *Journal des Praticiens :*

Au point de vue clinique, il y a des bubons strumeux de types variés. Dans la *forme initiale*, les glandes sont en chapelet et encore distinctes ; dans la *forme en paquet*, l'amas ganglionnaire constitue une tumeur en masse ; plus tard, la pléiade ganglionnaire inguino-crurale constitue un seul paquet (*forme massive*), ou bien topographiquement, la localisation se continue sur quelques ganglions, en dedans du triangle de Scarpa, au pourtour de la veine crurale (bubon *inguinal interne*), au-dessus de l'arcade crurale (bubon *supra-inguinal*), ou bien dans ce triangle secondaire dont le muscle couturier forme l'aire (*bubon inguinal externe*).

Enfin, troisième type : le *bubon strumeux suppuré* et *fistuleux*, intéressant la totalité des ganglions de l'aine, grave, cela va sans le dire, et nécessitant, on le comprend, une large intervention opératoire.

M. Lejars insiste beaucoup dans le diagnostic sur le développement et l'induration du premier ganglion iliaque externe. On doit chercher cette glande dans la fosse iliaque, profondément, en arrière de l'arcade de Fallope, le long des vaisseaux iliaques. C'est, dit-il, le *ganglion repère* ; sa présence révèle la nature tuberculeuse du bubon inguinal. Ce chirurgien insiste également sur la valeur du traitement spécifique d'épreuve pour distinguer entre ce bubon tuberculeux et une adénite d'origine vénérienne.

Quelles sont les *indications thérapeutiques* à remplir dans un cas de bubon strumeux de l'aine ?

Dans la *forme initiale*, il y a des guérisons spontanées par lente sclérose : on peut donc attendre avant d'intervenir chirurgicalement.

Dans la *forme massive* : l'expectation ne suffit plus. L'igni-poncture (Heynacker) et la compression sont impuissantes. Il faut exciser et cureter ; ou bien il faut extirper. Quel procédé choisira-t-on ?

Le curage convient aux ganglions ramollis. Il expose cependant à ne pas enlever la totalité du tissu malade, et au danger de blesser les vaisseaux. M. Lejars le réserve donc aux tumeurs ganglionnaires et adhérentes ; il ouvre largement le foyer et fait un large curettage.

L'extirpation est la méthode de choix contre les bubons massifs. Elle nécessite une large ouverture, une incision en croix, des ménagements dans la dissection de la coque ganglionnaire qu'on doit isoler sans l'ouvrir, détacher de bas en haut et de dedans en dehors, en ménageant les vaisseaux qui, souvent, la traversent, adhèrent avec elles ou la sillonnent par des branches collatérales, et opérer fort lentement pour éviter l'ennuyeuse surprise d'une ouverture vasculaire intempestive, nécessitant la ligature de la fémorale.

Le curage et l'extirpation sont, en somme les opérations de choix, car elles donnent souvent des guérisons durables.

Les injections hypodermiques mercurielles dans la syphilis.

Au dernier Congrès de la société de Dermatologie, tenu à Lyon la semaine dernière, on a beaucoup préconisé les injections mercurielles hypodermiques comme traitement de la syphilis. M. le Dr *Mauriac*, dans une leçon, que publie le *Journal des Praticiens*, indique les formules qui lui paraissent les meilleures pour les injections hypodermiques mercurielles :

I. *Injections solubles. — Sublimé.* Les injections seront faites à la dose quotidienne d'une seringue de Pravaz, soit *un centigramme de sublimé*, d'après la formule suivante :

Sublimé corrosif.........	1 gramme
Chlorure de sodium......	6 —
Eau stérilisée............	100 —

On peut aussi dissoudre le sublimé dans de l'huile stérilisée. Elle est très bien supportée.

Pour éviter l'ennui des injections quotidiennes, M. Lukasiewicz fait, à des intervalles de huit jours, des injections massives de sublimé. Voici sa formule :

Sublimé.................. }	ââ 0,50 centigr.
Chlorure de sodium...... }	
Eau distillée............	10 grammes

Une seringue de Pravaz pleine contient *cinq centigrammes* de sublimé. On peut l'injecter profondément tous les huit jours dans les muscles de la région fessière, ou bien la moitié seulement tous les quatre jours. L'injection de 0,05 cent. de sublimé en une seule fois causait peu de douleur et pas longtemps, beaucoup moins qu'on ne l'aurait cru, et qu'elle n'était pas toujours suivie de nodule. Elle est d'une puissance curative très grande. On fera bien de commencer par l'injection d'une demi-seringue de la solution.

Biiodure de mercure. Ce sel est peu douloureux. On en injecte tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, une seringue de Pravaz, soit *quatre milligrammes de biiodure*, d'après la formule suivante :

Biiodure de mercure.........	0,04 centigr.
Huile stérilisée..............	10 grammes

Succinimide de mercure :

Succinimide de mercure....	0,20 centigr.
Eau stérilisée..............	100 grammes

Injecter un gramme de cette solution, soit une seringue de Pravaz tous les jours. Ce sont de très bonnes injections indolores et très actives. Elles sont remarquables par la très petite quantité de mercure nécessaire pour amender une syphilis. Chaque seringue, en effet, ne contient que *deux milligrammes* de succinimide hydrargyrique. Pour prévenir ou atténuer les accidents locaux, on pourrait ajouter un gramme de chlorhydrate de cocaïne à la solution.

Sozoiodolate de mercure. Ce sel passe pour être un des plus actifs et même le plus actif de tous.

Malheureusement, il cause beaucoup de douleur locale. On l'emploiera quand il faut une action très rapide. Voici la formule de Schwimmer :

Sozoiodolate d'hydrargyre..	0,08 centigr.
Iodure de potassium........	1,40 —
Eau distillée..............	10 grammes.

On peut faire soit deux injections de 4 centigr. par semaine (une demi-seringue de Pravaz), soit une seule injection hebdomadaire, d'abord *de* 0,04 *cent., puis de* 0,08 *cent.* On devra, dans tous les cas, commencer par la dose de 4 centigr. (Eudlitz.).

II. *Injections insolubles.* — *Calomel.* Injections suivant la méthode de Scarenzio :

Calomel à la vapeur.........	1 gramme
Vaseline liquide (pétro-vaseline)........................	10 grammes.

Injecter, de quinze en quinze jours, un centimètre cube (une seringue de Pravaz) de ce mélange.

Oxyde jaune. Même dose que pour le calomel, mêmes indications, mêmes précautions.

Oxyde jaune de mercure.........	1 gramme
Huile de vaseline...............	10 —

Huile grise. Ces injections sont moins actives que celles de calomel et d'oxyde jaune, mais présentent peut-être moins d'inconvénients. On pourra employer la formule de Neisser :

Mercure purifié..............	20 grammes
Teinture éthérée de benjoin..	5 —
Vaseline liquide..............	40 —

Un *dixième* de seringue de Pravaz contient *cinq centigrammes de mercure* métallique. A renouveler de huit en huit jours ; on n'injectera jamais de doses plus fortes que 5 à 10 centigrammes de mercure.

Thymolacétate de mercure ou thymolate de mercure ;

Thymolacétate de mercure......	1 gramme
Vaseline liquide...............	10 —

On peut injecter la moitié d'une seringue ou une seringue entière, *c'est-à-dire* 5 *ou* 10 *centigrammes de thymolacétate,* et recommencer tous les huit jours.

Salicylate de mercure :

Salicylate de mercure..........	1 gramme
Vaseline ou paraffine...........	10 —

Pour injection intra-musculaire tous les huit jours.

CHIRURGIE PRATIQUE

Complications et pronostic des contusions du genou.

Le genou est, par sa situation, prédisposé à des traumatismes incessants. Chutes, coups, faux mouvements, tous les accidents extérieurs atteignent le genou, plus que tout autre article. Il n'est personne, qui n'ait eu une ou plusieurs contusions plus ou moins violentes des genoux. Aussi cette question, quoiqu'un peu négligée dans les traités classiques, est-elle d'un indiscutable ntérêt pour tout le monde. Heureusement il y a contusion et contusion et la plupart du temps, tout se borne à un léger épanchement sanguin sous-cutané, déterminant un *bleu*, et à une douleur, plus ou moins vive, à la pression, qui disparaît peu à peu, au bout de 8 à 10 jours. Si la contusion légère n'est pas trop fréquemment renouvelée, et si le terrain du sujet atteint n'est pas tuberculeux, elle ne laisse aucune trace après elle ; mais il n'en est pas toujours ainsi et avant d'aborder l'étude des contusions violentes du genou, nous devons dire quelques mots du pronostic de ces légers coups, qui plus tard deviennent des tumeurs blanches ou des ostéites chroniques.

I

CONTUSIONS LÉGÈRES.

La grande étendue de la synoviale articulaire du genou et sa richesse vasculaire, rendent cette articulation particulièrement sensible aux moindres traumatismes. De plus, il est presqu'impossible, si on ne l'immobilise pas dans un appareil, de maintenir le genou au repos. C'est une des articulations qui fatiguent le plus, puisqu'elle supporte tout le poids de la moitié du corps dans la station debout et de la totalité de ce poids, alternativement avec l'autre genou, pendant la marche. Cette fatigue s'accompagne forcément de congestions fréquentes de la synoviale et des extrémités osseuses fémoro-tibiales. C'est pour cette raison que le moindre petit traumatisme du genou demeure longtemps douloureux, la congestion étant maintenue permanente par le petit épanchement périarticulaire ou souscutané. Sur un sujet vigoureux, la résorption sanguine se fait relativement vite malgré cette entrave. Mais, chez un sujet faible, anémique, de souche tuberculeuse ou de souche arthritique, la résorption est lente, la congestion synoviale, persiste et, la fatigue aidant des complications très sérieuses surviennent ; chez les hérédo-tuberculeux et à plus forte raison chez les tuberculeux avérés, une *tumeur blanche* peut se déclarer ; chez les arthritiques, il se fait une *hydarthrose aiguë*, qui guérit rarement tout à fait.

Si les traumatismes, même légers, se répètent souvent, ces graves complications sont encore plus à redouter.

L'articulation reste toujours douloureuse autour du point contus ; un peu de gonflement survient et, comme on persiste à marcher pour faire *oublier* sa douleur, le gonflement augmente et insensiblement la maladie articulaire s'installe.

D'où il faut conclure que, tout traumatisme léger du genou a un pronostic variable suivant le terrain du sujet atteint. Un homme vigoureux pourra se traiter par le mépris ; mais un anémique, un arthritique et surtout un tuberculeux devront au moins garder un repos de quelques jours, pendant lequel on pratiquera, autour de l'article, un massage méthodique, destiné à empêcher la stase sanguine et à accélérer la

résorption de l'épanchement. Si, par malheur, la complication survient par suite de premières négligences, il faut agir promptement et énergiquement. Une contusion du genou, dont on souffre encore un mois après l'accident, doit être traitée par une bonne application de pointes de feu, une couche de pommade mercurielle double mélangée de partie égale d'emplâtre de savon, et un appareil inamovible soit ouaté, soit plâtré.

II

CONTUSIONS VIOLENTES ET GRANDS TRAUMATISMES DU GENOU.

Si nous conseillons une aussi grande prudence dans le traitement de contusions légères, que ne dirons-nous pas à propos des graves contusions occasionnées par les chutes, les chocs violents ou les torsions ? En dehors des nombreuses professions, qui exposent fatalement à ces traumatismes, il existe une foule de circonstances, où l'on est menacé de tels accidents. Courses, sauts, ascensions d'escaliers, de marchepieds, coups violents contre des obstacles, des meubles, coups de pied de toutes sortes, certes c'est le genou qui est le plus souvent atteint. Or ces traumatismes peuvent produire un nombre considérable de désordres que nous allons énumérer : 1° *simple épanchement périarticulaire abondant* ; 2° épanchement intra-articulaire de sérosité *(hydarthrose)* ou de sang, ce qui est plus fréquent *(hémarthrose)* ; 3° *entorse du genou* ; 4° *fracture de la rotule et fracture épiphysaire* (fémorale ou tibiale) ou les deux ensemble. Enfin, dans les grands traumatismes du genou, il peut y avoir, à la fois, hémarthrose, épanchement périarticulaire, entorse et fracture des os. Pour être complet, il faut mentionner encore les luxations du genou (tibia et rotule), qui s'accompagnent quelquefois d'accidents de paralysie et de gangrène par compression nerveuse et vasculaire.

Voilà tous les degrés de l'échelle des contusions du genou. Nous ne décrirons pas les deux dernières (fractures et luxations) qui forment bien nettement deux chapitres spéciaux. Mais nous dirons quelques mots des hémarthroses, des hydarthroses et des entorses du genou qui sont vraiment des contusions, ou des résultats de contusions.

De même que, dans la plupart des fractures du membre inférieur, le déplacement des fragments est produit par les mouvements forcés qu'exécute le blessé pour se relever, de même dans les contusions violentes du genou, l'épanchement est d'autant plus considérable, que, comme on dit vulgairement, le blessé est moins douillet et par conséquent, plus imprudent. Il ne faudrait plus faire fonctionner le genou le moins du monde, après une grave contusion. On y est d'autant plus porté que la douleur d'abord vive, semble se calmer un peu, en faisant quelques pas. Mais au bout de quelques instants, deux choses peuvent arriver : ou bien, une douleur violente, syncopale, déchirante, se fera sentir et annoncera la formation d'une *hémarthrose* qui ne tardera pas à gonfler démesurément le genou, ou bien la douleur restera modérée et le genou ne gonflera, que le lendemain ou seulement quelques heures après l'accident, ce qui annoncera une *hydarthrose aiguë*. Dans le 1er cas, le malade est dans l'impossibilité absolue de recommencer à marcher ; dans le 2e cas, il se traîne suivant qu'il a plus ou moins de courage.

Enfin, quand la contusion a été accompagnée de faux mouvements, ou quand elle a été produite, à l'intérieur même de la jointure, par une torsion brusque ou un mouvement forcé, il se produit de même une hémarthrose ou une hydarthrose, mais cette fois accompagnée d'*entorse.*

Rappelons seulement, pour mémoire, que généralement, on fait le diagnostic de l'hémarthrose et de l'hydarthrose, surtout en se basant sur le fait de la brusque production de l'hémarthrose, au lieu que l'épanchement se fait plus lentement dans l'hydarthrose.

De plus, comme le fait remarquer M. E. *Rolland*, dans sa récente thèse (Paris 1894), ce qui frappe d'abord, quand on est en présence d'un malade atteint d'hémarthrose, c'est la déformation de l'article. Le genou est globuleux, arrondi ; les dépressions normales ont disparu, les saillies sont effacées. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, le membre repose sur le lit, par sa face externe, dans une attitude spéciale intermédiaire à la flexion et à l'extension. C'est une sorte de demi-flexion, qui répond au maximum de relâchement de tous les ligaments et au maximum de capacité de la cavité synoviale. Bonnet a démontré, au moyen d'expériences cadavériques, que dans les cas d'injection forcée, l'effort mécanique du liquide accumulé dans l'articulation, produisait toujours ce résultat.

« Nous n'insisterons pas sur l'élévation de température locale, le plus souvent difficile à constater, puisqu'elle est insignifiante, atteignant seulement quelques dixièmes de degré ; c'est du reste un signe plutôt tardif, qui trahit, surtout quand l'élévation thermique est de deux degrés, comme dans certains cas fort rares signalés par Terrillon, l'état inflammatoire de l'articulation traumatisée.

« Quelques auteurs, Cloquet en tête, insistaient sur la crépitation que l'on pouvait percevoir au niveau du cul-de-sac rotulien, dans certains cas d'hémarthrose du genou ; c'est là encore, croyons-nous, un signe infidèle et dont l'interprétation mérite d'être discutée. La sensation ainsi obtenue était comparée, suivant les cas, tantôt à celle de l'amidon écrasé entre les doigts, tantôt à celle de morceaux de glace pilée remués les uns contre les autres ; quel que fût son degré, cette crépitation était toujours rapportée à la même cause : la coagulation du sang dans l'articulation ; la main qui palpait le genou écrasait les caillots.

Quant à la prétendue *fluctuation pâteuse*, des classiques, elle n'existe pas : « Jamais, dit M. *Delbet*, vous ne sentirez cette fluctuation pâteuse dont on a tant parlé. » Ce qui est certain, comme le montre fort bien M. Delbet, c'est que, dans les hémarthroses, il ne faut pas s'attendre à trouver une fluctuation bien nette, il ne faut pas surtout employer pour la trouver le procédé qui la met si bien en évidence dans les hydarthroses. Nous voulons parler du choc rotulien. La rotule ne peut être déprimée pour venir au contact des condyles fémoraux, que si la tension de la synoviale n'est pas trop considérable ; or, dans l'hémarthrose, cette tension est en général extrême ; même en déprimant simplement la rotule, sans embrasser avec les mains les culs-de-sac, ce qui augmenterait la tension de la synoviale, on ne peut guère arriver à obtenir le choc rotulien.

Dans l'*hydarthrose*, au contraire, pas de brusque apparition, pas de violentes douleurs, pas de crépitations, et surtout une fluctuation bien nette ; du reste, avec les précautions antiseptiques modernes, il n'est plus permis de rester dans le doute, et une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz, lève promptement ce doute.

La *marche* des hémarthroses et des hydarthroses est généralement lente, quand elles sont abandonnées à elles-mêmes ; cette lenteur d'évolution dépend bien, il est vrai, de la nature du traumatisme, de son degré de violence et par suite de la quantité de sang ou de sérosité, épanchée et des lésions de l'articulation.

D'autre part, l'articulation ne reste pas toujours indifférente à son épanchement. Suivant le terrain, quelquefois même, suivant les circonstances du traumatisme, il se fait une réaction violente ; le sang épanché se transforme en pus, sous l'influence d'une infection venue du sang en circulation ou des lymphatiques par une petite plaie extérieure ; bref, il survient de l'ARTHRITE, le plus souvent suraiguë et suppurée, qui naturellement compromet singulièrement la vie du malade, quand elle ne l'emporte pas avec des accidents d'infection purulente et de septicémie.

Dans de meilleures conditions, il ne se fait pas d'arthrite, mais l'épanchement ne se résorbe pas vite : il empêche le blessé de marcher, et, par suite, favorise son anémie, son émaciation ; celui-ci perd ses forces, et insensiblement, s'installe ainsi la tuberculose, surtout s'il y avait déjà prédisposition héréditaire. C'est ainsi que nombre de contusions graves du genou négligées sont devenues des tumeurs blanches, des arthrites tuberculeuses, ce qui ne vaut guère mieux qu'une arthrite aiguë suppurée, puisqu'elle aboutit à la résection du genou, quelquefois même à l'amputation.

Quelqu'exagéré que paraisse ce tableau de l'avenir des contusions du genou, nous ne saurions trop l'avoir devant les yeux quand nous avons à en soigner quelqu'une. Le traitement a une importance capitale, puisque, dans la plus grande partie des cas, il est suffisant pour conjurer toute complication.

Ici, ce n'est plus le massage qu'il faut appliquer, du moins au début. Il faut une prompte intervention chirurgicale, comme viennent de le démontrer le Dr *Delbet* et les Drs *Rolland* et *Decuyper*, dans leurs récentes thèses.

Qu'il s'agisse d'une hémarthrose ou d'une hydarthrose, c'est le même traitement que nous proposons et le plus hâtif possible, c'est *la ponction évacuatrice*, suivie de *l'immobilisation* et de la *compression*.

Pour cette ponction, on se servira du trocart moyen de l'appareil Potain, ou de l'aiguille n° 3 ou n° 4 de l'appareil Dieulafoy, après qu'on l'aura préalablement fait bouillir, ou simplement fait tremper dans de l'alcool, qui sera ensuite enflammé. La région antérieure du genou sera soigneusement savonnée, rasée, brossée, puis lavée à l'éther et ensuite au sublimé, de telle sorte que la surface des téguments soit dans le plus parfait état d'asepsie possible (1).

La ponction sera pratiquée à l'endroit que le chirurgien jugera le plus convenable : en général, il vaut mieux pénétrer à la partie externe du cul-de-sac, au niveau du bord supérieur de la rotule et environ à 2 centimètres en dehors. Il n'y a là d'ailleurs rien de mathématique : cela varie suivant les cas.

L'évacuation d'une hémarthrose doit être totale ; pour cela, pendant qu'il tient le trocart d'une main, le chirurgien doit presser avec l'autre sur tous les points de la synoviale, pour la débarrasser de tout le liquide sanguin qu'elle renferme.

Inutile d'injecter ensuite, selon la méthode de Schede, de l'eau phéniquée ou tout autre liquide antiseptique ; ces lavages articulaires, sans être nuisibles, n'offrent aucun avantage et ne hâtent pas la guérison.

La ponction terminée, on recouvre d'une petite couche d'ouate collodionée la plaie insignifiante produite par le trocart, et on applique immédiatement un pansement ouaté compressif, bien fait, autour du membre. Ce dernier est ensuite placé dans une longue gouttière en fil de fer, maintenue par des tours de bande de toile. Un coussin de balle d'avoine tiendra le pied élevé.

Cette soigneuse immobilisation est le complément obligé de la ponction, dont les avantages seraient, sans cette précaution, insuffisamment appréciables.

L'appareil compressif sera maintenu au minimum durant dix jours.

Passé ce délai, le malade pourra se lever et reprendre la marche, non sans avoir le genou enserré dans une genouillère élastique.

Dans les cas où, en dépit de la brièveté du traitement, se serait manifestée de l'atrophie du

(1) In thèse de E. Rolland, Paris, 1894.

triceps, les douches sulfureuses et le massage auraient un rôle très efficace (1).

Dans les hydarthroses, il n'est pas nécessaire non plus de faire des lavages, à moins qu'elles ne soient déjà anciennes ; mais l'immobilisation et la compression sont aussi nécessaires que dans l'hémarthrose.

Quand, après une première ponction, le liquide s'est reproduit, il ne faut pas hésiter à recommencer jusqu'à ce qu'il ne se reproduise plus notablement.

Mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue d'une antisepsie parfaite dans ces opérations ; si l'on ne se sent pas capable de l'appliquer dans toute sa rigueur, mieux vaut s'abstenir, c'est plus prudent, quoique peu avantageux pour le patient.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE DES SYNDICATS

Le Syndicat de Lille, présidé par M. le Dr *Leingrand* a adressé au groupe médical parlementaire, présidé par M. Léon Labbé, une demande de révision de la loi sur la déclaration des maladies épidémiques, en conformité du vœu que nous avons émis, à l'Association de la presse médicale ; la déclaration par la famille et les ayant droit, sur la simple invitation du médecin.

M. le Sénateur Labbé a promis au Syndicat de Lille de soumettre la question à ses collègues, députés et sénateurs, dès la rentrée des Chambres.

La réunion du *Bureau de l'Union des Syndicats* a été renvoyée à la date du 3 septembre à 10 heures du matin.

BULLETIN DES SYNDICATS

Les œuvres confraternelles et les Syndicats.

Combien de fois avons-nous dit que le grand mal professionnel des médecins était la négligence, l'apathie ? Combien de fois devrons-nous le répéter ?

Certes, s'il est des œuvres, qui intéressent le Corps médical, c'est bien à coup sûr la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français* qui, fondée en 1884, vient de délivrer ses premières pensions ; c'est aussi l'*Association Amicale des Médecins Français*, dont la création date du mois de novembre dernier et qui fonctionne depuis le 1er janvier 1894.

Le croirait-on ? Ces deux œuvres sont ignorées d'un très grand nombre de médecins, et non pas seulement de ceux qui peuvent avoir des raisons — contestables d'ailleurs — de s'abstenir, mais encore de ceux que la chose intéresse et qu'on peut considérer comme des adhérents de demain.

Le *Concours médical* met ses colonnes à la disposition des deux œuvres, qui sont les siennes ; cela ne suffit pas : il faut que les Syndicats, que les associations médicales, mettent ces questions à l'ordre du jour, il faut que l'organisation de la Caisse des pensions et celle de l'association amicale soient exposées et discutées — c'est seulement ainsi que leur existence se révèlera, que leur économie se fera comprendre.

La chose n'est pas difficile : n'y a-t-il pas, partout, au moins un Confrère, qui soit membre de l'une ou de l'autre des associations ? Que ce confrère veuille bien préparer un exposé — s'il n'est pas sûr de certains points, qu'il consulte le Dr Delefosse pour la *Caisse des pensions*, le Dr Jeanne pour l'*Association amicale* : ils se feront un devoir de l'éclairer — et qu'il lise en séance cet exposé : la discussion s'en suivra et aussi des adhésions.

Le 29 juillet, le Syndicat médical du Loiret se réunissait en Assemblée Générale et le Dr Chipault, Délégué de l'Association amicale pour le Loiret, faisait à l'assemblée cet exposé dont nous parlons et recommandait chaleureusement, à ses confrères, l'adhésion à l'Association amicale.

Faut-il ajouter que la délivrance d'une indemnité en cas de maladie avait déjà préoccupé le Syndicat, qu'un projet d'organisation, spécial au Syndicat, avait été adopté en 1893, et que sa mise en vigueur avait été retardée, simplement parce qu'il était question de la création de l'Association amicale et qu'il avait paru préférable d'adhérer à une œuvre plus vaste, s'il s'en fondait une.

Eh bien ! on a pu constater que l'existence de l'Association amicale était ignorée de beaucoup, et il a fallu, à la fin du déjeuner confraternel, qui a suivi la réunion, revenir sur la question, expliquer les combinaisons et le fonctionnement de la Société.

Par la même occasion, des membres de la *Caisse des pensions* ont exposé les principes de l'œuvre, ses avantages, la sécurité morale qu'elle donne aux médecins — la caisse des pensions n'était pas beaucoup mieux connue que l'Association amicale.

Et la preuve qu'il y avait des confrères que ces questions intéressaient, c'est que certains ont donné leur adhésion immédiate, c'est que d'autres ont demandé des documents, ont pris l'adresse des secrétaires généraux, etc...

Qu'une nouvelle réunion se produise, que la chaude propagande du 29 juillet se renouvelle — les adhésions seront nombreuses.

C'est pour cette raison que nous continuerons

(1) In thèse de Decuyper. Paris, 1894.

à réclamer le concours des Syndicats et des Associations locales. Les explications données dans ces réunions confraternelles, les discussions qui s'en suivent sont un autre moyen de propagande qu'un article de journal lu avec distraction et presque aussitôt oublié.

Nous nous adressons aux délégués départementaux, aux correspondants de l'Association amicale. Mais il n'est pas indispensable que l'initiative parte des bureaux des associations, nous nous adressons donc aux membres de l'Association amicale et à ceux de la Caisse des pensions et nous leur demandons de faire dans leurs Syndicats, ce que le Dr Chipault vient de faire dans le Syndicat du Loiret. En favorisant le développement de ces œuvres éminemment moralisatrices, ils rendront service à leurs confrères et mériteront leur juste reconnaissance. Quant à la nôtre, elle leur est acquise dès maintenant — ils n'en peuvent pas douter.

Dr GASSOT.

Un nouveau Syndicat dans le Tarn.

Cher et honoré Confrère,

J'ai la vive satisfaction de vous apprendre que le Syndicat des Médecins du département du Tarn s'est constitué dans une Assemblée générale tenue à Albi le jeudi 7 juin.

Les statuts, œuvre d'une commission d'étude composée par parties égales de membres des deux sociétés locales, ont été votés.

Le Bureau, pris en dehors des membres des commissions administratives des deux sociétés locales de secours mutuels, a été nommé.

On a jugé sage de prendre cette dernière décision, afin de diviser les devoirs et de délimiter les responsabilités administratives des deux institutions connexes.

Un article des statuts, d'ailleurs, prévoit que :

« Pour tout litige professionnel, ou toute affaire intéressant *gravement* la corporation, le Bureau du Syndicat, soit de sa propre initiative, soit sur une demande signée de dix membres, s'adjoindra pour en délibérer les membres des Bureaux et les commissions administratives des deux sociétés locales, faisant partie du Syndicat. Dans cette réunion, il sera nommé, au scrutin, un rapporteur chargé de rédiger un exposé des faits, qui sera envoyé à tous les membres du syndicat avant d'en saisir l'Assemblée générale. »

J'aurai le soin de vous faire parvenir prochainement, avec un exemplaire des statuts, le procès-verbal de l'Assemblée.

Veuillez agréer, etc.

Dr PAILLÉ.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous sommes en ce moment en pleine période de Congrès ; à Caen, vient de se tenir le congrès de l'Association pour l'avancement des sciences ; à Clermont, vient de se terminer le Congrès des aliénistes ; à Lyon, se sont ouverts les Congrès de Dermatologie et de Médecine interne. Au mois d'octobre, on nous annonce dans la même ville, le Congrès français de chirurgie. Nous glanerons dans les comptes-rendus de ces Congrès, les communications qui nous paraîtront les plus pratiques.

— Le Concours d'agrégation pour la médecine, la chirurgie, les accouchements et les sciences accessoires s'ouvrira au mois de décembre 1894. Il y aura 52 places pour toutes les Facultés réunies.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3932. — M. le docteur DÉTOURBE, de Paris, membre du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 3933. — M. le docteur DUPONT, de St-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône), membre du Syndicat des Médecins de la Haute-Saône.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur HENRIONNET, de Braisne (Aisne), membre du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Récentes publications

Anatomie. — Histologie. — Physiologie.

LABORDE (J.-V.). — *Du mécanisme yphsiologique des accidents et de la mort par le chloroforme.* Indications rationnelles des moyens de les prévenir. Une broch. in-8 carré de 82 p. 2 fr. 50.

LEREDDE. — *Anatomie pathologique de la morve.* Un vol. in-8 avec figures, 4 fr.

MORAX (le Dr V.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire.* In-8 de 142 pages, avec une planche en couleur 5 fr.

PAULIER (Dr Armand-B.), ancien interne des hôpitaux. — *Recherches sur la notion de surface en anatomie.* Détermination de la surface des organes en général et du cerveau en particulier, par la méthode despesées (mensurations faites sur vingt deux cerveaux. Broch. in-8 de 24 pages avec fig. dans le texte), 1 fr.

ROBLOT (Dr), médecin-major de 2e classe (préface du Dr E. MONIN). — *Principes d'anatomie et de physiologie appliqués à la gymnastique.* Cours professés à l'école normale militaire de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont. Un vol. in-18 de 200 pages, avec 45 gravures intercalées dans le texte, 2 fr. 50.

THÉRÈSE (le Dr), aide-préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté de Paris. — *Artéritesse condaires.* Etude anatomo-pathologique des artérites secondaires aux maladies infectieuses, in-8 illustré, 4 fr.

Pathologie et Thérapeutique médicales.

ARTHAUD (G.) et L. BUTTE (Drs). — *Diabète.* Albuminuries névropathiques, asthme, névropathie cérébro-cardiaque, etc. (physiologie normale et pathologique du nerf pneumogastrique). In-8 carré de 220 pages, 6 fr.

Dans ce remarquable ouvrage, les auteurs ont appliqué à la pathologie les dernières découvertes fournies par l'étude physiologique du nerf vague. Ils ont démontré la pathogénèse de certaines affections qui ont pour cause première des altérations du nerf pneumogastrique.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

UN MÉDECIN EN COUR D'ASSISES

Nous avons été informé, le 30 août, que le procès en cassation viendra probablement jeudi prochain. Le rapporteur est M. Sevestre, 4, rue Langelbach ; le président, M. le Doyen Sallentin, 198, boulevard Saint-Germain. — Toutes les démarches que pourraient faire les médecins seraient opportunes et sont pressantes. — L'Association de la Presse médicale a été convoquée, par ses syndics, pour le vendredi 31 août, afin d'aviser.

A. C.

L'ASSOCIATION AMICALE

des Médecins français (1).

L'Association Amicale des médecins Français a pour but de servir au médecin empêché par la maladie ou par un accident de continuer l'exercice de sa profession, une indemnité journalière.

Cette indemnité n'est servie qu'à partir du cinquième jour de la maladie : elle est de dix francs par jour, jusqu'à concurrence de 60 jours. Si la maladie se prolonge au delà de cette limite, l'indemnité devient mensuelle, elle est alors de 100 francs par mois, quelle que soit la durée de la maladie.

Le droit à l'indemnité ne commence que six mois après l'admission du nouveau sociétaire et après le paiement de sa seconde cotisation.

Les cotisations sont semestrielles et se paient au 1er janvier et au 1er juillet.

Tout retard d'un mois dans le paiement de la cotisation entraîne la suspension momentanée du droit à l'indemnité : celui-ci n'est recouvré qu'un mois après que le sociétaire se sera libéré.

Tout retard supérieur à six mois entraîne la cessation de la participation. Le sociétaire ne peut rentrer qu'après un nouvel examen médical et dans les conditions des nouveaux adhérents.

Tout sociétaire convaincu d'avoir causé un préjudice grave à l'Association (tentative de fraude) peut être exclu par décision du Conseil d'Administration, sauf appel devant l'Assemblée Générale.

Les sociétaires démissionnaires ou exclus n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux antérieurement.

Deux combinaisons permettent l'entrée dans la société :

Combinaison A

On entre depuis 25 ans jusqu'à 64 ans, mais la participation cesse de droit à 65 ans.

La cotisation annuelle invariable est alors déterminée par l'âge d'entrée dans l'Association d'après le tableau suivant :

(1) Les demandes de renseignements sont si fréquentes, qu'il nous a paru nécessaire de reproduire les articles principaux des statuts et des tableaux.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

Cette cotisation se verse par moitié en janvier et en juillet. Le trésorier en envoie régulièrement quittance.

Les membres admis au 1er avril et au 1er octobre versent immédiatement un quart de la cotisation, puis à partir de juillet ou de janvier ils rentrent dans la règle générale et versent par moitié aux époques régulières janvier-juillet.

Combinaison B.

On entre depuis 25 ans jusqu'à 65 ans et la participation dure toute la vie.

La cotisation annuelle, invariable également, est alors déterminée par l'âge d'entrée dans l'Association d'après le tableau suivant :

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.	45 ans	fr.
25 ans	65	46 —	101
26 —	67	47 —	104
27 —	68	48 —	106
28 —	69	49 —	109
29 —	70	50 —	112
30 —	72	51 —	114
31 —	73	52 —	117
32 —	75	53 —	120
33 —	76	54 —	123
34 —	78	55 —	126
35 —	80	56 —	129
36 —	82	57 —	133
37 —	84	58 —	136
38 —	86	59 —	139
39 —	88	60 —	143
40 —	90	61 —	146
41 —	92	62 —	149
42 —	94	63 —	153
43 —	96	64 —	157
44 —	99	65 —	165

Cette cotisation se verse également par moitié en janvier et en juillet.

On peut passer de la combinaison A à la combinaison B avec l'assentiment du conseil d'administration et en payant la cotisation correspondant à l'âge d'entrée dans la combinaison B.

Pour entrer dans l'Association il faut signer

FEUILLETON

Historique des Syndicats Médicaux et de l'Union des Syndicats

Notre confrère le Dr Lécuyer, de Beaurieux, nous adresse une étude historique sur la fondation des Syndicats médicaux et la création de l'Union des Syndicats.

Nous croyons qu'elle intéressera nos lecteurs et particulièrement ceux qui n'ont pas encore dans leur région de Syndicat professionnel ; elle ne peut que les exciter à entrer dans le mouvement qui, commencé en 1880, a abouti à la reconnaissance légale de ces associations en 1892.

Maintenant que la vote définitif de la loi Chevandier sur l'exercice de la médecine, obtenu surtout par les efforts du *Concours Médical*, a donné aux médecins le droit de se syndiquer ; maintenant que, depuis sa dernière Assemblée Générale, l'Union de ces Syndicats existe légalement, il m'a paru intéressant de faire l'historique de ces associations : il faut, en effet, que les recrues qui, chaque jour, viennent se joindre aux combattants de la première heure, connaissent les efforts accomplis par leurs aînés et sachent à qui les Syndicats doivent leur situation désormais incontestée.

On s'étonnera plus tard qu'il ait fallu treize années de luttes pour obtenir un droit si naturel, celui de s'associer pour soutenir les droits de sa profession et en enseigner les devoirs à ceux qui s'écarteraient de la ligne droite, œuvre éminemment moralisatrice.

—oo—

L'Association générale des médecins de France, dont les Statuts furent approuvés par un arrêté du Ministre de l'Intérieur du 31 août 1858 et dont le premier président, Rayer, fut nommé par l'Empereur Napoléon III le même jour, commença, grâce aux Sociétés locales, fondées dans presque tous les départements, à grouper les médecins et à leur faire comprendre les mérites de l'association en général.

Cette association prit rapidement un grand développement, et les éminents presidents qui succédèrent à Rayer, les Tardieu, les Roger, les Lannelongue ; les secrétaires, Amédée Latour, Riant, Le Reboullet, les autres personnalités telles qu'Andral, Cruveilher, Ricord, Jules Guérin, Bouillaud, Brouardel, Larrey, Jaccoud, Peter, Blache, Mottet, etc., etc., attirèrent la plus grande partie des médecins de France.

Au 31 mars 1893, l'avoir de l'Association était de 1,651,896 fr. 91 et il était servi à 80 confrères dans la misère, une pension annuelle de 600 francs, sans compter les secours des sociétés locales, et on pouvait penser qu'avant peu les pensions seraient portées à 1,200 francs.

Très beau résultat, sans doute ; mais, en somme, l'Association générale, fondée comme Société de secours mutuels, ne pouvait, de par ses Statuts et de par la loi sur la matière, s'occuper que de secours

une demande comportant déclaration de bonne santé et produire un certificat médical après examen par un confrère désigné par le conseil d'Administration.

Tous renseignements et documents nécessaires à cet égard sont fournis par le secrétaire-général.

L'admission est prononcée par le Conseil d'Administration, qui se réunit quatre fois par an : en mars, en juin, en septembre et en décembre.

Les admissions partent des 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre.

L'admission est notifiée au nouveau membre par l'envoi d'un bulletin signé du Président, du secrétaire-général et du secrétaire des séances.

Tout membre admis doit immédiatement envoyer sa cotisation au trésorier en un mandat poste. Les recouvrements par la poste ne sont faits que près des confrères qui en font la demande formelle et moyennant un tarif supplémentaire qui couvre les frais de recouvrement.

Secrétaire-Général : Dr JEANNE, à Meulan (Seine-et-Oise).

Trésorier : Dr GASSOT, à Chevilly (Loiret).

LA SEMAINE MÉDICALE

Le régime des phtisiques.

Le Dr Loomis, de New-York, formule dans le *Medical Record* les indications qui doivent servir de guide dans le traitement diététique des tuberculeux. A ce point de vue, les phtisiques passent par les trois phases suivantes :

1o Période pendant laquelle l'appétit et les fonctions digestives sont normales ;

2o Période qui s'étend depuis les premiers troubles gastriques jusqu'au moment où l'estomac refuse les aliments solides. A cette période, l'infection septique est plus ou moins constante, la fièvre est intermittente, l'amaigrissement progressif ;

3o Période pendant laquelle les aliments solides ne peuvent être tolérés sans troubles digestifs et qui s'étend jusqu'à la mort du malade.

Voici les principales règles formulées par le Dr Loomis :

1o Autant que possible s'abstenir de médicaments et de potions contre la toux ;

2o Fractionner l'alimentation au moins en six repas par 24 heures ;

3o Ne pas prendre de nourriture au moment où l'on souffre de quelque fatigue physique ou mentale ;

4o Faire un léger somme, ou du moins s'étendre pendant 20 minutes avant le déjeuner de midi et le repas du soir ;

5o Boire peu au repas ;

6o S'abstenir des féculents et des sucres ainsi que de tout aliment indigeste ;

7o Autant que possible ne prendre à chaque repas que des aliments qui demandent le même temps pour être digérés ;

8o Ne manger que ce qui peut être facilement et entièrement digéré dans le temps donné ;

9o Aussi longtemps que possible, faire un exercice systématique qui favorise l'assimilation et les excrétions ; quand cet exercice est devenu impossible, le remplacer par le massage ou un exercice passif ;

10o Les mets doivent être préparés avec soin et même avec raffinement, de manière à exciter l'appétit par tous les moyens possibles.

L'hypertrophie du thymus cause de la mort subite des nouveau-nés.

Le Dr *Piédecocq* a étudié un certain nombre de

---

d'assistance, de pensions viagères. Cependant, le beau renom qu'elle avait, les personnalités marquantes, le chef de l'Etat qui la patronnaient, tout cela faisait que les sociétés locales s'adressaient au Conseil général de l'Association pour toutes les affaires où la dignité professionnelle était en jeu, et à ce point de vue, l'Association générale a rendu encore des services et a certainement amélioré les relations entre confrères et rehaussé la pratique de la profession médicale.

Mais la célébrité et la haute situation scientifique et pécuniaire des membres du Conseil général, qui leur font envisager les questions médicales à un autre point de vue que la plus grande partie des médecins de province, villes et campagnes, dont ils ignorent complètement les conditions d'existence, les empêchaient de rendre les services qu'on se serait cru, à *priori*, en droit d'attendre d'eux, pour toutes les questions ressortissant à l'Assistance publique, aux sociétés de secours mutuels, aux assurances-vie, aux assurances-accidents, en un mot aux collectivités de toutes sortes.

Du reste, la loi semblait leur défendre ce domaine spécial : l'Association générale était et devait rester *société de secours mutuels*.

—oo—

Depuis longtemps, on se disait tout cela en cherchant une autre forme d'association professionnelle.

Le 5 juillet 1879, le Dr A. Cézilly, fonda un journal, *le Concours médical, afin d'établir, disait-il, entre les membres du corps médical, une plus grande solidarité.*

La Solidarité ! — Il n'était plus question d'assistance, de charité ! Les médecins devaient s'associer en vue de soutenir leurs intérêts professionnels.

Le journal venait à son heure, et la semence allait tomber dans un terrain bien préparé pour la recevoir et la faire fructifier.

Dès le 22 novembre de la même année le Dr Margueritte, du Havre, faisait, dans ce journal, cette proposition : « Tous les médecins d'une même ville, et en dehors des villes, tous les médecins d'un même canton devraient être inscrits au tableau de l'ordre et constituer par voie d'élection une *chambre syndicale* chargée de veiller aux intérêts de la profession. »

C'est la première fois que le mot *syndical* est prononcé.

Margueritte doit donc être considéré comme le promoteur des Syndicats, et ce qui le fait venir à cette idée, c'est qu'il trouve bizarre que les membres de la corporation médicale continuent à vivre isolément et se contentent de déplorer, chacun de son côté, cette solitude.

« N'êtes-vous pas convaincus, dit-il excellemment, que du jour où les intérêts matériels de la profession seront sauvegardés d'une manière sûre, les intérêts moraux le seront également, parce que le médecin ne se trouvera jamais exposé entre son intérêt et son devoir. »

M. Cézilly lui répondait aussitôt : « Vos syndicats médicaux nous plaisent à plus d'un titre, mais le premier de tous, celui qui à lui seul serait de nature à nous déterminer à vous suivre dans cette voie, c'est qu'elle est pratique, qu'elle est à notre

cas de mort subite chez les nouveau-nés et il déduit de ses observations que le thymus s'hypertrophie souvent et peut ainsi causer rapidement la mort.

Le thymus est une glande vasculaire sanguine très importante surtout au point de vue de ses rapports avec les organes du médiastin antérieur.

Ses fonctions, malgré de nombreuses expériences, sont encore mal connues.

Son hypertrophie ne portant pas toujours sur la même partie de l'organe, détermine forcément des lésions différentes suivant l'organe plus spécialement comprimé.

Aussi, à part l'hypertrophie du thymus constante, les autres lésions trouvées à l'autopsie sont-elles très diverses.

La mort subite peut survenir aussi bien chez des enfants bien portants que chez des débilités ou des lymphatiques.

Le mécanisme de la mort subite n'est pas toujours le même et il y a lieu d'admettre, suivant les cas une pathogénie différente.

Cependant on peut ramener à deux ces divers mécanismes : l'asphyxie et la syncope.

La plique.

D'après le Dr *Méneau*, de la Bourboule, il existe deux formes de plique : l'une, la fausse plique, due à la malpropreté, maladie *ab incuria*; l'autre, la vraie plique, maladie aiguë à étiologie, anatomie pathologique et marche propres.

Le nom de *plique*, admis par tous les auteurs de définition courante, suffit pour désigner cette maladie.

La plique affecte des rapports très nets avec la trichorrexis nodosa qu'Alibert avait pressentie.

Comme elle, la plique doit être placée dans le cadre nosologique, à côté des troubles trophiques d'origine nerveuse.

Ce trouble peut se traduire, soit par la plique (croissance anormale de la chevelure), soit par la trichorrexie (fragilité anormale), soit par la pelade trophoneurotique (chute des cheveux, peut-être par la canitie subite (blanchissement des cheveux), soit enfin par l'association de deux quelconques de ces troubles.

Ces vues, actuellement encore un peu théoriques, appellent d'autres travaux pour les confirmer, mais elles nous ont paru bonnes à exposer, ne fût-ce que pour tenter l'esprit des chercheurs.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La désinfection au point de vue pratique.

Le Dr Briquet, d'Armentières, publie dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* un intéressant travail sur la désinfection publique envisagée au point de vue pratique. A Paris et dans les grandes villes, le médecin n'a pas à se préoccuper des détails de cette désinfection. Il peut s'en remettre aux services publics bien organisés et outillés pour ce travail.

Mais, dans les petites villes et dans les villages, le praticien n'a que trop de tendance, convaincu que la désinfection nécessite toujours des appareils dispendieux, à se désintéresser de la question.

Il importe de se convaincre que la désinfection est possible partout, malgré l'absence d'instruments et d'appareils perfectionnés et qu'en réalité, comme le dit excellemment le Dr Briquet, « il n'est pas de ville ou de village où elle ne puisse être faite et rendre des services, même sans aucun outillage, *à condition que le médecin sache indiquer les mesures à prendre et consente à veiller à leur exécution* ».

---

portée et qu'elle est parfaitement dans le sens de la devise que le *Concours Médical* a adoptée « *faire nos affaires nous-mêmes* ».

Margueritte revient plusieurs fois à son idée : enfin, le 21 août 1880, le Dr Mignen, de Montaigu (Vendée), publie une lettre très importante.

Il constate que lui et ses deux confrères de la localité se sont réunis et ont adopté en principe la création d'un Syndicat des médecins de leur région. C'est donc à lui qu'appartient la création du *premier* Syndicat médical qui ne tarda pas à fonctionner, et qui valut plus tard à son fondateur la présidence méritée de l'Union des Syndicats médicaux de France.

—oo—

Mais ce qu'il ne faut pas oublier et qu'on ne saurait trop répéter : c'est que c'est au Dr Cézilly et au *Concours Médical* qu'il faut reporter l'honneur d'avoir appelé sur cette question l'attention du corps médical ; c'est que c'est grâce à eux que les Syndicats médicaux ont pu se fonder et qu'ils ont pu prospérer.

Margueritte écrit articles sur articles, pour la fondation des Syndicats qui doivent avoir pour mission de faciliter les rapports des médecins avec les administrations et d'améliorer aussi leurs rapports entre eux. Le point principal est que les médecins soient bien convaincus que c'est l'individualisme qui les perd et que, comme tous les autres mortels, ils ont tout à gagner à unir leurs forces. En cette création est le salut de la profession.

En 1881, il est déposé à la Chambre des députés un projet de loi sur les Syndicats professionnels. Les circonstances paraissaient donc aussi favorables que possible pour permettre à l'initiative privée de se donner carrière.

Le 16 mai 1881, M. Mignen réunit à Montaigu trente et un médecins. Le premier Syndicat était fondé.

Quelques semaines après, Margueritte fondait le second au Havre : sur trente-deux médecins exerçant dans cette ville, trente et un ont répondu à son appel, et à ce propos il dit : « Je ne sais qui a eu le courage de dire que cette création des Syndicats était la coalition des faibles, des déclassés de la profession. Notre Syndicat du Havre est la meilleure réponse qu'on puisse faire à une pareille assertion ! Tous ici, nous étions unis, et parmi les plus chauds partisans de l'institution se trouvaient les heureux de la profession, ceux qui étaient arrivés ; mais ceux-ci voyaient plus loin que leur personnalité et à travers leur satisfaction personnelle ressentaient les souffrances des autres.

Le 9 septembre, le Syndicat de la Gironde est fondé par le Dr Barat-Dulaurier, ancien interne des hôpitaux de Paris. Ils se crée alors, sous les auspices du *Concours Médical*, une sorte de Conseil général des Syndicats dont Barat-Dulaurier, devient secrétaire, assisté par Margueritte et Mignen d'abord, puis par le Dr Noir, de Brioude, le Dr Mignot, de la Nièvre, et le Dr Cassius, de Lot-et-Garonne.

Cette organisation devait porter ombrage à l'Association Générale qui, consultée par quelques présidents des sociétés locales sur l'opportunité de la création des Syndicats professionnels admis par la Chambre des députés, conseilla par l'organe de son président, après avis du Conseil général, d'attendre le vote final de la loi par les deux Chambres pour

M. Briquet envisage trois cas, suivant que la localité ne possède aucun appareil de désinfection, possède un pulvérisateur ou une étuve à désinfection.

I. — *Localités où tout est à faire.* La commune ne possède aucun appareil. Que peut faire le médecin dans ce cas ?

D'abord, il doit veiller à ce qu'il y ait toujours à la mairie, sous clef, une quantité suffisante d'un désinfectant sûr pouvant être mis, dès qu'un cas de maladie contagieuse est signalé, à la disposition des familles.

On a le choix entre les produits suivants :

a) *Sublimé corrosif*, en paquets de 1 gramme, pour 1 litre d'eau.

b) *Acide phénique*, solution à 50 %.

Que doit faire le médecin en présence d'un cas de maladie contagieuse ?

Il doit donner à la famille les conseils suivants :

1° Isoler le malade, en éloignant autant que possible les autres enfants ou adolescents susceptibles d'être contagionnés, et ne pas changer le malade de chambre pour ne pas disséminer la maladie dans toute la maison ;

2° Réduire les objets mobiliers au strict nécessaire en supprimant les tapis, rideaux, meubles superflus, etc. ;

3° Défendre toute visite en dehors des personnes qui concourent directement au traitement pour empêcher la propagation aux voisins ;

4° En cas de fièvre typhoïde ou de diarrhée cholériforme, avertir la famille de ne boire que de l'eau préalablement bouillie ;

5° Ne pas manger dans la chambre du malade ;

6° Ne jamais balayer cette chambre au sec, mais jeter auparavant un peu de sciure arrosée de la solution de sublimé ou de crésyl. Les résidus du balayage seront brûlés immédiatement ;

7° Mettre dans un coin de la chambre un baquet en bois ou un seau en émaillé où, pendant une heure, seront trempés dans une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou de crésyl à 2 cuillerées à soupe pour 1,000 tous les linges, mouchoirs, draps, ayant servi au malade. Ceux-ci seront ensuite soumis à l'action de l'eau bouillante additionnée d'un peu de carbonate de soude. Les verres, tasses, bols, fourchettes, qui ont été utilisés par le malade, seront également plongés dans la solution de crésyl ;

8° Avant de porter les excreta (selles, crachats, vomissements) aux fosses d'aisances, les arroser avec un demi-litre de solution de sublimé ou de crésyl.

Toutes ces précautions qui ne sont pas encore entrées dans les mœurs pourront beaucoup plus facilement qu'on ne le croit, si les médecins s'en donnent la peine, devenir d'un usage courant.

En cas de variole, il faudra revacciner tous les membres de la famille. Avant de laisser sortir le malade de sa chambre, il faut lui faire prendre un bain savonneux suivi d'un lavage antiseptique ; ce dernier point est surtout nécessaire en cas de variole ou de scarlatine.

Aussitôt la maladie terminée il y a lieu de procéder à la désinfection de la maison. Le lavage des planchers ou carrelages à l'eau bouillante après arrosage d'une des solutions antiseptiques déjà citées, le nettoyage du lit, des chaises, des meubles par le même procédé, donnent des garanties. Les berceaux d'osier, les jouets, en cas de diphtérie, seront brûlés. Il ne faut pas omettre de désinfecter aussi les éviers et les fosses d'aisances (en cas de fièvre typhoïde surtout). Pour les éviers, on peut employer l'eau bouillante et la solution antiseptique. Pour les

---

établir les avantages et les inconvénients de la nouvelle loi (5 décembre 1881).

L'Association était tout simplement hostile aux Syndicats, et on peut se demander pourquoi, quand l'on saura que la presque unanimité des médecins syndiqués faisait en même temps partie d'une Société locale.

Le 28 janvier 1882, Barat-Dulaurier adressa une circulaire à tous les Syndicats, à toutes les sociétés locales, pour réfuter les idées rétrogrades de l'Association générale et conclut à la liberté d'association et à ses bienfaits, en engageant tous les médecins d'une même région, quel que petite qu'elle soit, pourvu qu'ils aient les mêmes intérêts, à se syndiquer.

Les médecins écoutèrent ces conseils et nombre de Syndicats se formèrent.

Ah ! alors, l'association sortit tout à fait de son sang-froid. Le Dr Martineau, dans un réquisitoire en règle, conclut ainsi après une diatribe virulente : « La formation des Syndicats est le contraire absolu des principes les plus élémentaires inféodés au médecin, à sa mission, toute de bienfaisance et de dévouement. A ce titre, je repousse le Syndicat. »

Mais Barat-Dulaurier riposta en constatant que les reproches adressés aux Syndicats n'étaient nullement fondés, et que autant que l'Association générale, ils entendaient respecter et sauvegarder la dignité, la liberté, l'indépendance du corps médical.

Les Syndicats continuaient à se fonder grâce à la propagande active du *Concours Médical* qui recevait toutes les communications des Syndicats et établissait entre eux déjà une véritable union.

Mais cela ne pouvait suffire, et en janvier 1883, se manifestaient les premiers symptômes du besoin d'une fédération réelle, le Syndicat des médecins de France devant prendre en main les intérêts du corps médical et faire triompher ses revendications.

Au cours de l'année, le *Concours Médical* commençait la publication d'un *Bulletin mensuel des Syndicats*. C'est que les communications devenaient plus nombreuses et qu'à côté de petits syndicats locaux se créaient déjà des Syndicats départementaux.

Parmi les premiers, citons les Syndicats de Bernay, de Saint-Amand, de Brioude, d'Aisne-et-Vesle, des Basses-Cévennes, etc.

Parmi les seconds, ceux de la Vendée, de Lot-et-Garonne, d'Indre-et-Loire, de la Dordogne, de la Nièvre, de la Gironde, du Loiret, du Finistère, de la Haute-Saône, des Vosges, de la Charente, de l'Oise, de la Vienne, etc...

Le Bulletin, dont Barat-Dulaurier avait reçu la direction spéciale, rendait les plus signalés services : il engageait les indécis, réconfortait les timides, dissipait les préventions, encourageait toutes les bonnes volontés. Il donnait des instructions spéciales pour l'organisation des Syndicats, leur signalait des questions à étudier et partout portait la bonne parole.

Dr Lécuyer.

(*A suivre.*)

fosses d'aisances, il faut préférer le lait de chaux fraîchement préparé : pour chaque mètre cube de matières fécales, jeter 20 litres de lait de chaux représentant 4 kilogrammes de chaux.

II. — *Localités où il existe un pulvérisateur.* Il serait à souhaiter que toutes les communes de quelque importance eussent à leur disposition le pulvérisateur à désinfection de Geneste et Herscher. Ce pulvérisateur ne coûte que 200 francs. « Que de médecins, dit le Dr Briquet, s'ils le voulaient, ont assez d'influence dans le milieu où ils exercent pour faire voter par leur municipalité une dépense de ce genre ! »

L'appareil se compose d'une pompe et d'un tube de caoutchouc muni d'un robinet qui permet de diriger un jet en nuage sur les objets à désinfecter. La contenance est de 12 litres. On emploie une solution de sublimé à 1 pour 2,000 ou 1 pour 4,000. Ces solutions ne détériorent ni les rideaux, ni les papiers de tenture. Sur les meubles vernis elle fait apparaître de petites taches blanches qu'il est facile d'éviter en essuyant les meubles avec un linge sec aussitôt après les pulvérisations.

Comme personnel de désinfection 3 hommes suffisent : un ouvrier pour faire manœuvrer la pompe, un autre pour diriger la lance, un employé pour surveiller la besogne et s'assurer que la désinfection est bien faite. Les désinfecteurs seront revêtus d'un pantalon et d'une longue blouse de toile blanche, qu'ils mettent par-dessus leurs vêtements, à leur entrée dans la maison, et qui seront aussitôt après enfermés dans un sac spécial pour être désinfectés par trempage. Ces précautions sont indispensables pour éviter que les désinfecteurs ne disséminent eux-mêmes les germes de la maladie.

Que doit-on pulvériser ? Tout d'abord et très soigneusement la chambre du malade, plancher, plafond, parois du haut en bas, qu'elles soient tapissées ou non, et tout ce qu'elle contient, meubles, tapis, objets de toute nature sans en omettre un seul.

Si le revêtement des murs n'est que de badigeon à la chaux il peut être utile de les faire reblanchir.

Les tableaux, les livres, les objets d'art, pourraient être frottés à la mie de pain, comme cela se fait à Berlin pour les parois des chambres. On jetterait ensuite la mie de pain au feu. Les bronzes et cuivres, les glaces, les dorures, supportent la pulvérisation ordinaire à condition d'être essuyés aussitôt après. Il faut agir de même pour les meubles de prix.

Les grands tapis seront décloués et pulvérisés sur les deux faces. Les literies peuvent être pulvérisées, mais il est préférable d'enlever aux matelas et aux oreillers leurs toiles pour les faire tremper, ainsi que tous les autres linges, châles, vêtements qui n'ont encore été l'objet d'aucune désinfection, dans une solution de crésyl ou de sublimé et consécutivement dans de l'eau bouillante. Ceux des vêtements qui ne pourraient supporter ce traitement seront pulvérisés soigneusement. Si les matelas renferment de la paille, elle devra être brûlée.

C'est surtout pour la désinfection des literies et des vêtements que le manque d'étuve se fait sentir.

Après la chambre du malade il faut aussi pulvériser toutes les autres pièces de la maison où les personnes qui l'ont soigné peuvent avoir porté des germes. Dans ces pièces il convient de pulvériser de préférence les tables, chaises, tapis. On peut se borner à ne désinfecter les murs que jusqu'à 2 mètres de hauteur.

Ne pas oublier la désinfection des éviers et des fosses qui seront traitées, outre la pulvérisation, comme il a été dit plus haut.

III. — *Localité où il existe une étuve à désinfection.* Ici, il est inutile d'entrer dans de longs détails, car toute ville qui possède une étuve fixe ou mobile possède en même temps nécessairement un personnel au courant des opérations à pratiquer.

Les désinfecteurs sont munis de grandes toiles de 3 mètres carrés. Dans ces toiles ils placent en les pliant tous les linges, châles, vêtements, chiffons, oreillers, matelas contenus dans la chambre du malade et dans les armoires de cette chambre, qu'ils aient ou non été utilisés par lui.

Les fourrures, objets en cuir ou en caoutchouc, ne doivent pas être mis à l'étuve, mais supportent très bien la pulvérisation.

Les ballots ainsi formés sont portés à l'étuve pendant 15 minutes.

Aussitôt après, on procède à la pulvérisation et on termine par la désinfection des éviers et des fosses d'aisances.

La durée totale d'une désinfection varie entre 2 et 4 heures.

Telles sont les principales données qu'il importe au praticien de se rappeler, pour pouvoir diriger en connaissance de cause la désinfection d'une chambre ou d'un appartement de malade. Le Dr Briquet a fait œuvre utile en les résumant ainsi sous une forme pratique.

FAITS CLINIQUES

Quelques observations d'ascarides lombricoïdes. — Coqueluches ascaridiennes. — Endémie lombricoïde.

I. Le 15 août 1879, nous sommes appelé auprès de l'enfant *Lepreux* (Jules), âgé de 5 ans, demeurant rue des Berges, 42, à Ivry, pour une violente coqueluche datant d'environ trois semaines.

En effet, nous trouvons le petit malade pâle, amaigri, cyanosé, la face et les paupières gonflées avec une bronchite intense, des quintes de coqueluche fréquentes, un ventre ballonné, vomissements alimentaires, etc.

Pendant la première quinzaine d'août, cet enfant a rendu, à différentes reprises, nous affirme la mère, 30 à 35 lombrics par la bouche et l'anus.

La coqueluche est traitée sans préoccupation des lombrics qui doivent avoir tous abandonné un poste affaibli et miné.

Le 20 août, l'enfant rend par l'anus une pelote entourée de substances glaireuses et constituée par 26 lombrics de 12 à 15 centimètres de longueur. C'est nous-même qui les avons détortillés et comptés. Nous recourons alors au calomel, mais plus de lombrics. En 20 jours, il y en

avait eu une soixantaine d'expulsés. L'enfant tousse et vomit moins. Deux jours après il va très bien. Plus de quintes ! la guérison est rapide et complète.

II. En novembre 1885, se produit le même fait chez l'enfant *Knœppfli* (Louis), âgé de 6 ans, même maison, rue des Berges, 42, à Ivry. — Coqueluche. — Evacuation par les deux extrémités du tube digestif de 6 lombrics d'abord, puis à la suite de purgatifs au calomel trois fois répétés, d'une dizaine de lombrics. — Disparition subite de la coqueluche.

III. Madame *Knœppfli*, mère de l'enfant précédent, est prise le 12 septembre 1886 de vomissements alimentaires et d'urticaire violent. Elle expulse par l'anus six énormes lombrics, puis deux le lendemain, puis deux le surlendemain, (10 en tout) et tout rentre aussitôt dans l'ordre.

IV. Une petite fille de cette femme, âgée de 4 ans, à la même époque, a aussi des lombrics qui disparaissent avec le calomel. On ne les a pas comptés. Pas de phénomènes réflexes.

V. L'enfant *Delannoie* (Emile), âgé de 4 ans, demeurant à Ivry, rue de la Voyette, 22, en septembre 1888, est atteint de quintes de toux coqueluchoïdes, surtout la nuit. Après trois semaines de traitement, vomit et rend par l'anus *quatorze* lombrics. La coqueluche a été immédiatement guérie.

VI. *Poirier* (Léon), demeurant à Ivry, Colonies Alexandre, n° 58, est atteint de broncho-pneumonie gauche, le 28 juillet 1894. Toux sèche, persistante, très fréquente, inusitée dans des cas semblables. Rejette deux lombrics par l'anus le 4e jour. Calomel le 5e jour. Evacuation de quatre autres lombrics. La toux disparaît ; la guérison et la convalescence suivent leur cours normal.

Nous aurions pu recueillir d'autres observations.

— Signalons, en passant, un cas assez curieux où le calomel n'a pas paru très efficace et où, du moins, son action a été très lente comme anthelmintique. L'enfant, Julien (Louis), 18 mois, route Stratégique, 28, à Ivry, a pris en février 1893, pendant *six jours consécutifs*, dans le cours d'une méningite, 10 centigrammes de calomel par jour, en 5 doses. Le 6e jour seulement, l'enfant a rendu par l'anus un lombric vivant. Faudrait-il toujours une dose élevée et massive, comme on la donne aux adultes, pour agir contre les ascarides ? Mais alors l'enfant qui en est atteint, ne pourrait en être débarrassé sans danger... ou bien, l'emploi du calomel à doses réfractées, serait-il inefficace ?

Ces observations ont été prises chez des habitants d'Ivry, occupant un quartier d'une topographie spéciale. Le sentier des vignes, la rue des Berges, et les colonies Alexandre sont situés au pied d'un coteau, boisé par endroits, flanqué en d'autres de petites maisons avec jardins en pente, communiquant entre elles par des sentiers dévalant au bas du coteau jusqu'à de grandes rues bordées de maisons ayant aussi un jardinet. Chacune de ces maisons possède des latrines à fosse fixe ou mobile dans le jardinet. Non loin de là un puits avec pompe. — Les colonies Alexandre notamment, situées au bas de la colline dont la partie est boisée, sont composées d'un ensemble de 16 à 20 pavillons, en plaine, contenant chacun 4 ménages avec plusieurs enfants. Elles constituent un véritable village.

Les pavillons sont séparés par des allées régulières. Chaque ménage a son petit jardinet de plein pied. Dans un coin du jardinet le plus éloigné du pavillon, — il faut le dire, — une petite guérite à fosse mobile, et à l'extrémité de chaque allée, un puits à pompe. Chaque ménage cultive des légumes : haricots, pois, carottes, salades, etc.

Les enfants ne se gênent pas pour faire leurs besoins dans les petites allées du jardin, et de plus les tinettes débordent de temps à autre. Les pluies et les orages lavent la colline, se déversent dans la partie basse, délayent les déjections de toutes sortes, inondent les jardins, séjournent autour des légumes, infiltrent les puits, bref ! contamination générale, et comme conséquence la fièvre typhoïde et la diphtérie en permanence dans ces quartiers.

Au sujet des ascarides qui nous occupent, nous avons toujours observé dans ces quartiers une endémie véritable de ces helminthes, depuis 18 ans que nous exerçons dans notre ville. Les hommes, les femmes, les enfants surtout, (les hommes beaucoup moins) sont tous atteints d'ascarides lombricoïdes.

Le mode de reproduction des ascarides est connu.

Nous n'avons pas la prétention d'apprendre quelque chose de nouveau à ce sujet, et il est clair que les eaux pluviales, les eaux de puits contaminées, les légumes mal lavés avant d'être servis, sont la cause de l'endémie. Ce que nous voulons faire ressortir, c'est l'importance du rôle des eaux dans cette question comme en tant d'autres, et l'utilité de l'hygiène privée.

La présence des ascarides dans le tube digestif n'occasionne pas souvent, il est vrai, des accidents graves, heureusement. Il y a lieu néanmoins d'en tenir compte, et de se préserver de leur présence. Nous sommes persuadés d'ailleurs que la croyance populaire qui attribue aux vers un rôle considérable, n'est pas toujours exagérée, et que chez les enfants, ils peuvent donner lieu à des maladies sérieuses dont la cause est pressentie par l'entourage, et quelquefois méconnue par le médecin.

Docteur Courgey.

Ivry, 25 août 1894.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale gratuite.

Un très grand nombre de mes confrères m'ont fait l'honneur de s'adresser à moi pour avoir des renseignements sur le service d'assistance qui fonctionnait dans le Loiret depuis 1851 et sur le projet de règlement nouveau que je devais soumettre au Conseil Général ; je leur ai donné soit par la voie du *Concours médical* soit par lettres particulières les éclaircissements qu'ils sollicitaient.

Je crois leur être agréable en leur faisant connaître le règlement qui vient d'être adopté et qui nous régira dans l'avenir. Ce règlement

répond aux vœux du Syndicat médical du Loiret ; c'est la meilleure chose que je puisse en dire.

Dr A. GASSOT.

Règlement du service de l'Assistance médicale gratuite dans le Département du Loiret pour l'application de la loi du 15 juillet 1893.

TITRE Ier. — *Dispositions Générales.*

ART. 1er. — Un service d'Assistance médicale pour les malades privés de ressources est établi dans le département du Loiret, en exécution de la loi du 15 juillet 1893.

Ce service, qui a pour but de faire donner, gratuitement, aux malades privés de ressources, les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements, s'étend à toutes les communes du Département, dans les conditions spécifiées ci-après.

ART. 2. — Le Département est divisé au point de vue des secours à domicile, en un nombre indéterminé et variable de circonscriptions. Dans chacune de ces circonscriptions un médecin est chargé de donner ses soins aux malades privés de ressources.

Les médecins du service doivent être français ; ils sont nommés par le Préfet.

ART. 3. — Tout médecin du service qui aurait besoin de s'absenter ou serait momentanément empêché par une cause quelconque de faire son service, sera immédiatement remplacé par un médecin suppléant désigné d'avance à cet effet par l'Inspecteur Départemental. En aucun cas, le médecin ne pourra s'absenter avant d'avoir assuré le service.

ART. 4. — En ce qui concerne les accouchements, le Département est pareillement divisé en un certain nombre de circonscriptions pourvues chacune d'une ou plusieurs sages-femmes du service.

Ces sages-femmes sont nommées par le Préfet.

ART. 5. — Les médicaments, objets de pansements et appareils sont fournis aux malades assistés, par les pharmaciens ou orthopédistes qui adhèrent au règlement départemental.

Il peut toutefois être nommé, par arrêté du Préfet, un pharmacien du service pour chaque circonscription.

Les médecins du service peuvent aussi faire ces fournitures conformément à la législation en vigueur.

ART. 6. — Le service est dirigé par un Inspecteur départemental nommé par le Préfet.

Cet inspecteur est chargé de la surveillance et du contrôle du service médical ; il formule ses propositions sur la nomination des médecins du service, sur la formation ou la modification des circonscriptions et en général, sur toutes les mesures qu'il conviendrait de prendre dans l'intérêt du service.

L'Inspecteur est également chargé de vérifier et de régler les états des sommes dues aux médecins et aux sages-femmes du service, ainsi que les mémoires des médicaments, objets de pansements et appareils présentés par les pharmaciens, orthopédistes ou médecins.

Enfin, il est consulté sur toutes les questions qui pourraient donner lieu à des réclamations de la part tant des médecins, sages-femmes et pharmaciens, que des bureaux d'assistance.

Il adresse au Préfet, sur chaque affaire, un avis motivé.

TITRE II. — *Service médical à domicile.*

ART. 7. — Toute famille qui compte des membres inscrits sur la liste d'assistance reçoit du Président du Bureau une feuille spéciale portant les nom, prénoms et âge de chacune des personnes admises au service de l'assistance.

Cette feuille porte au verso les conditions générales du fonctionnement du service.

Le Président du Bureau d'assistance remet en outre :

A chaque famille, un carnet de feuilles de visites ;

Au médecin de la circonscription, un carnet de feuilles de consultations.

ART. 8. — Les médecins du service de l'assistance doivent les secours de l'art à toutes les personnes nominativement inscrites sur les listes des communes de leurs circonscriptions.

Ils traitent à domicile, sur la demande du Président du Bureau d'assistance, les malades qui ne pourraient sans inconvénient se transporter chez eux.

Dans les cas urgents, ils peuvent être appelés directement par le malade ou par sa famille qui prévient en même temps le Bureau d'assistance.

Le médecin devra se transporter près du malade dans un délai maximum de 48 heures.

Indépendamment des soins que peuvent réclamer d'eux les malades capables de se transporter à leur cabinet, les médecins du service profitent de leur présence dans les communes de leurs circonscription pour donner à ces malades les soins médicaux dont ils ont besoin.

ART. 9. — Dans les villes comptant une population importante, il pourra être créé des dispensaires spéciaux pour les consultations.

Des règlements particuliers, élaborés de concert avec les municipalités, détermineront les conditions de fonctionnement de ces dispensaires.

ART. 10. — Les médecins du service doivent, pour leurs prescriptions, se conformer aux avis et recommandations qu'ils trouveront en tête du tarif des médicaments, objets de pansements et appareils, tant au point de vue des prohibitions que des quantités maxima à délivrer.

ART. 11. — Dans le cas où, pour le traitement d'une maladie grave ou pour une opération chirurgicale à pratiquer, la consultation ou l'adjonction d'un médecin du service des environs serait nécessaire, celui-ci devra déférer à l'invitation qu'il recevra à cet égard.

ART. 12. — Lors de chaque visite qu'il fait au domicile des malades, le médecin du service détache une feuille du carnet de visites que lui présente la famille et porte sur la souche le nom du malade et la date de cette visite. Il inscrit également sur la feuille détachée le nom du malade, la date de la visite et la nature de la maladie.

Lors des consultations qu'il donne dans son cabinet, il détache pour chaque consultant une feuille de son carnet de consultations et la remplit comme il vient d'être dit.

Dans les dispensaires, il établit une feuille de consultations spéciale dont le modèle sera déterminé, lorsqu'un ou plusieurs de ces établissements auront été ouverts dans le Département.

ART. 13. — Dans le cas où l'admission à l'assistance médicale gratuite serait prononcée d'urgence, le Président du bureau ou son délégué adressera au médecin une note faisant foi de l'admission.

Celui-ci la conservera jusqu'à la régularisation de l'inscription et la produira en cas de contestation.

Le carnet de feuilles de visites devra être présenté au médecin dans un délai de trois jours.

ART. 14. — A la fin de chaque mois, les feuilles de visites et de consultations sont réunies pour être transmises au Préfet, à qui elles doivent parvenir le 5 du mois suivant au plus tard.

Ces feuilles servent au contrôle du service et au calcul des indemnités dues aux médecins du service.

ART. 15. — Le traitement des médecins du service d'assistance est réglé de la manière suivante :

1° Pour chaque visite au domicile du malade, ils reçoivent une allocation de un franc.

Si la visite est faite dans une commune autre que celle où le médecin a son domicile, il est alloué une indemnité supplémentaire de déplacement calculée à raison de vingt-cinq centimes (0 fr. 25) par kilomètre, de chef-lieu à chef-lieu et à l'aller seulement.

Si la visite a lieu la nuit, les prix fixés ci-dessus seront doublés (1).

2° Pour chaque consultation dans leur cabinet, ils reçoivent une allocation de un franc.

3° Pour chaque séance de consultations dans les dispensaires, ils recevront une allocation déterminée par le règlement spécial.

Art. 16. — Un règlement spécial déterminera les opérations chirurgicales qui donneront lieu, pour les médecins du service, à une allocation particulière et le montant de cette allocation pour chacune d'elles.

Les opérations qui ne seraient pas prévues audit règlement feront l'objet d'une note explicative qui sera soumise à l'Inspecteur du service.

Art. 17. — Les sages-femmes du service sont chargées des accouchements des femmes inscrites sur les listes d'assistance de leur circonscription, ainsi que des soins à donner à l'accouchée et au nouveau-né.

Lors de chaque accouchement, elles font dresser par le Président du bureau d'assistance ou son délégué, un bulletin spécial sur la présentation duquel elles recevront l'allocation qui leur est due.

Ces bulletins d'accouchement doivent être adressés au Préfet à la fin de chaque semestre.

Art. 18. — La rétribution allouée aux sages-femmes pour chaque accouchement, y compris les soins donnés à l'accouchée et au nouveau-né, est fixée à 8 francs.

Si, pour cet accouchement, la sage-femme doit se transporter dans une commune autre que celle où elle a son domicile, il lui est alloué une indemnité supplémentaire calculée à raison de vingt-cinq centimes par kilomètre de chef-lieu à chef-lieu, à l'aller seulement, et en toute saison.

Art. 19. — Le médecin du service, s'il pratique un accouchement en l'absence de la sage-femme, a droit à la même rémunération.

S'il est appelé par la sage-femme, au cours d'un accouchement difficile, il est payé d'après le tarif prévu à l'art 16.

Art. 20. — Un tarif spécial, arrêté par le Préfet sur la proposition de l'Inspecteur, déterminera la nomenclature des médicaments, objets de pansement ou appareils qui peuvent être délivrés, sur ordonnance du médecin de la circonscription, aux malades inscrits sur les listes d'assistance, ainsi que les conditions de prix dans lesquelles ils sont délivrés.

Les pharmaciens, orthopédistes ou médecins qui font ces fournitures sont tenus de s'y conformer.

Art. 21. — Il ne peut être délivré, à la charge du service d'assistance, d'autres médicaments, objets de pansement ou appareils, que ceux inscrits au tarif.

Toutefois, les appareils orthopédiques et prothétiques non inscrits à ce tarif, peuvent être fournis en vertu d'une décision de la Commission administrative du bureau d'Assistance, prise sur le vu d'un certificat du médecin du service, et après avis favorable de l'Inspecteur départemental.

L'Inspecteur peut également, sur la demande justifiée du médecin, autoriser la délivrance exceptionnelle de médicaments non portés au tarif, ou de quantités supérieures aux maxima fixés.

Art. 22. — Les médicaments, objets de pansement et appareils fournis aux malades inscrits sur les listes d'assistance, sont payés sur la production de mémoires qui devront être adressés au Préfet, à la fin de chaque semestre.

Ils seront établis, en double expédition, sur des feuilles fournies par l'administration et séparément pour chacune des communes de la circonscription.

Les ordonnances des médecins du service devront accompagner ces mémoires et porter, avec le nom du malade et la date, la mention : service de l'Assistance médicale.

Art. 23. — Tous les ans, avant le premier février, sous peine de déchéance de leurs droits, les médecins, sages-femmes, pharmaciens et orthopédistes, doivent avoir transmis à la Préfecture leurs mémoires, bulletins ou états relatifs à l'année précédente.

Toute réclamation qui se produirait postérieurement à cette date sera considérée comme nulle et non avenue.

Titre III. — *Secours hospitaliers.*

Art. 24. — En cas d'urgence, ou s'il reconnaît l'impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin du service peut prescrire son transfert à l'hôpital.

Il délivre alors un certificat d'admission qui doit être contresigné par le Président du Bureau d'assistance ou son délégué.

Art. 25. — L'admission du malade n'est autorisée que sur la production :

1° Du certificat du médecin du service indiquant la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles il y a impossibilité de soigner le malade à domicile.

2° Du certificat délivré par le Président du bureau d'Assistance ou son délégué, attestant que le malade est inscrit sur la liste d'assistance ou qu'il a été l'objet d'une décision d'admission d'urgence.

Art. 26. — Les malades assistés qu'il serait impossible de soigner à domicile sont dirigés sur l'hôpital d'Orléans, auquel toutes les communes du département sont rattachées.

Toutefois, mais seulement en cas d'urgence et de nécessité, les communes dont les noms suivent enverront leurs malades indigents à l'hôpital centre de chacune des circonscriptions déterminées ci-après :

Hôpital de Beaugency.

Communes : Beaugency, Baule, Cravant, Lailly, Messas, Tavers, Villorceau.

Hôpital de Jargeau.

Communes : Jargeau, Darvoy, Férolles, Ouvrouer-les-Champs.

Hôpital de Meung.

Communes : Meung, Le Bardon, Huisseau-sur-Mauves, Saint-Ay, Baccon.

Hôpital de Neuville.

Communes : Neuville, Bougy, Loury, Rebréchien, Saint-Lyé, Villereau, Aschères-le-Marché, Attray, Chilleurs-aux-Bois, Montigny, Teillay-Saint-Benoit.

Hôpital de Patay.

Communes : Patay, Bricy, Coinces, Gémigny, La Chapelle-Onzerain, Rouvray-Sainte-Croix, Saint-Péravy-la-Colombe, Saint-Sigismond, Tournoisis, Villamblain, Villeneuve-sur-Conie.

Hôpital de Gien.

Toutes les communes de l'arrondissement de Gien, moins celles formant la circonscription ci-après de Sully-sur-Loire.

Hôpital de Sully-sur-Loire.

Communes : Sully-sur-Loire, Cerdon, Guilly, Isdes, Saint-Aignan-le-Jaillard, Saint-Florent, Saint-Gondon, Lion-en-Sullias, Viglain, Villemurlin.

Hôpital de Pithiviers.

Communes : Pithiviers, Ascoux, Bondaroy, Bouilly, Bouzonville-aux-Bois, Bouzonville-en-Beauce, Boynes, Dadonville, Escrennes, Estouy, Givraines, Guigneville, Laas, Marsainvilliers, Pithiviers-le-Vieil, Sébouville, Vrigny, Yèvre-la-Ville, Yèvre-le-Châtel, Jouy-en-Pithiverais, Châtillon-le-Roi, Guignonville, Engenville, Ramoulu.

Art. 27. — Le certificat du médecin doit mentionner l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé.

Le transport a lieu par les soins du représentant du bureau d'assistance et aux frais du service.

Art. 28. — Un arrêté préfectoral réglera, après avis du Conseil général, le prix des journées des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, du département ou de l'Etat.

Pour obtenir le remboursement des frais de séjour d'un malade, l'établissement hospitalier devra représenter le certificat d'admission délivré par le médecin du service et contresigné par le Président du Bureau d'assistance.

(1) Sont réputées visites de nuit les visites faites :

Du 1er octobre au 31 mars : de 8 h. du soir à 7 h. du matin.

Du 1er avril au 30 septembre : de 9 h. du soir à 6 h. du matin.

Les Commissions administratives des hôpitaux font parvenir, dans le délai fixé par l'article 23, un état nominatif des malades traités dans ces établissements conformément à la loi du 15 juillet 1893.

TITRE IV. — *Ordonnancement des dépenses.*

ART. 29. — Toutes les dépenses relatives aux visites, aux soins donnés dans les dispensaires, aux opérations, à la fourniture des remèdes et appareils, aux remboursements à faire aux établissements hospitaliers, sont mandatées par le Préfet.

TITRE V. — *Mobiliers mobiliers.*

ART. 30. — Les objets et instruments utiles au service de l'assistance et qui composent les mobiliers médicaux dont sont pourvues la plupart des communes, sont confiés à la garde des bureaux d'assistance, qui devront en assurer le renouvellement et l'entretien.

Ces objets ne pourront être délivrés que sur la demande du médecin du service et devront être exactement rapportés au lieu de dépôt, dès qu'ils ne seront plus nécessaires au malade.

Les honoraires de médecins.

Le *Bulletin des sociétés de secours mutuels* publiait, naguère, un très intéressant article de M. de Beurdeley, maire du VIII[e] arrondissement de Paris, sur les honoraires médicaux.

A côté de quelques allégations contestables, nous y trouvons un certain nombre de vues très justes ; c'est à ce titre que nous le soumettons à l'appréciation de nos lecteurs.

La question des honoraires des médecins a toujours été considérée comme une question délicate en jurisprudence. Elle devient plus délicate encore lorsque des sociétés de secours mutuels sont en cause, dans la personne d'un de leurs membres, comme client.

Nous nous proposons de rappeler quels sont les principes en cette matière et comment ils doivent être appliqués, non plus aux clients ordinaires des médecins, mais aux sociétés de secours mutuels qui assurent à leurs adhérents les soins médicaux.

Le médecin, à la différence de l'avocat qui ne peut réclamer ses honoraires en justice, a le droit d'agir devant les tribunaux en payement de ce qui lui est dû et de faire condamner le client ingrat et récalcitrant.

D'autre part, c'est un droit non moins incontestable du client de discuter les honoraires réclamés par son médecin, de se défendre contre la cupidité et de faire réduire la note d'honoraires à ce qui est raisonnablement dû.

Entre ces deux intérêts opposés, entre ces deux prétentions contradictoires, le tribunal est à la fois l'arbitre naturel et légal, il juge la contestation, départage les adversaires et fixe le montant des honoraires du médecin, en tenant compte de toutes les circonstances de la cause.

Trois éléments principaux guident le tribunal: 1° la situation du médecin ; 2° la gravité de la maladie ; 3° la situation du malade. Reprenons ces trois éléments :

La situation du médecin. — Il y a médecins et médecins, Sganarelle serait le premier à le dire, comme il y a fagots et fagots ; professeurs de facultés, médecins des hopitaux, médecins de quartier et de chefs-lieux, médecins de canton et de campagne, officiers de santé et spécialistes. Le temps, les soins et la science d'un grand médecin valent plus que ceux d'un modeste praticien. La qualité de la marchandise fournie n'est pas la même, au moins en apparence.

La gravité de la maladie constitue un élément d'appréciation important. Si la vie du malade était en péril, le service rendu a été plus considérable et le résultat obtenu entre à juste titre en ligne de compte ; de même lorsque le médecin aura sauvé non pas la vie, mais l'intelligence ou la vue, l'ouïe ou quelque membre de son malade. Tout cela justifie un salaire plus élevé que s'il s'agissait d'une simple indisposition. La durée de la maladie, les déplacements, le nombre et l'heure des visites ainsi que les visites antérieurement faites, ces divers éléments doivent être pris en considération par les tribunaux pour la fixation du chiffre des honoraires du médecin.

La situation du malade, enfin, a toujours été un élément particulièrement sérieux d'appréciation. La réclamation doit être proportionnée à la fortune et à la condition du client. On ne réclame pas les mêmes honoraires au journalier et au rentier, tout diffère selon la situation sociale et la fortune.

Les syndicats de médecins qui se sont organisés depuis quelques années pour la défense de leurs intérêts moraux et professionnels ont eux-mêmes reconnu et en quelque sorte proclamé cette distinction. Ils établissent trois catégories de malades : 1° celle des gens riches ; 2° celle des gens de fortune moyenne ; 3° celle des ouvriers et des domestiques.

C'est sur cette triple base que les tribunaux fondent leurs décisions. Ils établissent souverainement si les prétentions des médecins sont fondées ou exagérées. Mais avant de se prononcer ils ont parfois recours aux lumières des médecins experts et leur confient le soin de vérifier les mémoires de leurs confrères.

Ces principes ont été résumés dans le *Répertoire général de jurisprudence* de M. Dalloz. On lit au mot « Médecine », sous le n° 76 :

« La loi n'a pas fixé, et elle ne pouvait pas le faire, le tarif des visites et soins dont les médecins peuvent réclamer judiciairement le payement. Le montant de la réclamation doit être proportionné à l'importance du traitement, au nombre des visites et à la fortune du malade et de ses héritiers. C'est aux tribunaux qu'il appartient de réprimer également la cupidité de celui qui demande et l'ingratitude de celui qui refuse. — Ainsi, il a été jugé qu'on doit avoir égard pour la fixation des mémoires des médecins à la gravité de la maladie, ainsi qu'à la fortune et à la qualité du malade (Paris 3 germinal, an II, *Conf.* Coffinières, n° 99). — On doit également prendre en considération les relations que le médecin a déjà eues, soit avec le même malade, soit avec sa famille. » (V. M. Orfila, *Leçons de médecine légale*, p. 36 et suiv.)

Il s'agit maintenant de savoir comment ces principes seront appliqués alors que le client se trouvera être une société de secours mutuels.

Sur les deux premiers éléments d'appréciation, à savoir la situation du médecin et la gravité de la maladie, nous n'avons rien à dire, mais la question se pose utilement en ce qui touche le troisième élément, la situation du malade.

Il s'agit d'un membre participant de la société de secours mutuels. Ce n'est pas le malade qui payera, c'est la société qui est le client.

Dans quelle catégorie placera-t-on le client ? convient-il de le classer parmi les gens riches, parmi les gens de fortune moyenne ou parmi les moins fortunés ?

Il faut noter tout d'abord que les sociétés de secours mutuels ont établi des règles diverses pour le règlement des visites médicales? Il y a trois modes principaux de rétribution : 1° l'abonnement ; 2° la visite d'après le tarif accepté ; 3° le forfait (1).

Mais quel que soit le système adopté, il reste encore place aux contestations, soit qu'il n'y ait pas d'accord et de tarif établi, soit qu'il s'agisse de maladies ou d'opérations non prévues au règlement,

(1) Voir l'intéressant rapport de M. Lucien Puteaux au 4[e] Congrès national de Bordeaux, sur la question médicale et pharmaceutique dans les sociétés de secours mutuels. — 1 brochure in-8°, au siège de la ligue, mairie du 5° arrondissement de Paris.

soit enfin que l'on discute sur le nombre et l'utilité des visites faites par le médecin.

A notre avis, il n'est pas douteux qu'il faille classer les sociétés de secours mutuels dans la catégorie des clients les plus favorisés, parmi ceux pour lesquels s'impose la modération des honoraires.

Nous n'invoquerons pas les arguments de sentiment. A toute époque le corps médical a tenu à honneur d'exercer une profession libérale et de faire preuve de désintéressement. Beaucoup de médecins donnent gratuitement leurs soins aux membres des sociétés de secours mutuels ; mais la bienfaisance et l'humanité ne sauraient être imposées. Les médecins ont le droit, on peut même dire le devoir, de vivre de l'exercice de leur profession ; il est aussi de leur dignité de ne pas laisser ravaler la rémunération due pour les soins qu'ils donnent.

Or les médecins remarquent que les sociétés de secours mutuels se développent, qu'à l'heure actuelle, tout tourne au mutualisme et ils voient là un gros danger pour leurs honoraires.

Dans la querelle, qui divisa les médecins et les sociétés de secours mutuels de Saint-Quentin, M. le docteur Surmay, de Ham, vice-président de l'Association des médecins de Saint-Quentin, résuma avec quelque vivacité les réclamations de ses collègues :

« Qu'est-ce qu'une société de secours mutuels ? C'est une association dont chaque membre, au moyen d'un versement mensuel modique, s'assure l'assistance médicale et des secours en argent en cas de maladie. Ce n'est donc pas une institution de charité, mais une combinaison économique. On pourrait dire que c'est une compagnie d'assurance contre les risques qui résultent de la maladie. C'est donc un établissement dont les opérations ont l'intérêt pour mobile et pour but, et sont tout simplement soumises aux lois de l'intérêt. Le problème est, pour les sociétés de secours mutuels, d'obtenir pour chaque sociétaire l'assistance médicale, pour les médecins de donner leurs services aux conditions les plus avantageuses et les plus honorables. Voilà la vraie situation. Le sentiment n'a rien à faire ici. Si, d'un côté, on a fait appel au désintéressement et si, de l'autre, on y a généreusement répondu, ç'a été par une fausse appréciation des choses. Il n'y a au vrai, de part et d'autre, qu'une question d'intérêt (1). »

Ainsi, les sociétés de secours mutuels seraient, selon le docteur Surmay, une cause de ruine pour le corps médical auquel elles enlèveraient une partie de leur clientèle payante.

Tout cela est fort exagéré en fait et fâcheux comme tendance. — A coup sûr les médecins sont libres de traiter ou de ne pas traiter à tarif réduit avec les sociétés de secours mutuels ; nous ne croyons pas que si, conformément au conseil que leur donne le docteur Surmay, quelques-uns rompent avec ces sociétés, il en résultera pour eux un crédit plus grand dans l'estime publique.

Ce qu'il importe de savoir, c'est comment seront traitées les sociétés de secours mutuels, si les contestations sont portées devant les tribunaux dont les tarifs seuls sont obligatoires et qui, en cette matière comme dans les autres, fixent les cours du marché.

Voici un membre d'une société de secours mutuels qui a eu la cuisse cassée : Les tarifs des syndicats médicaux portent la 3e catégorie des chiffres bien différents selon les régions. Citons quelques exemples : Hautes-Alpes, fracture simple et soins consécutifs 25 francs. Même réduction de fracture et luxation 25 francs. Arrondissement de Douai, fracture d'un membre inférieur 50 francs. 4e arrondissement de Paris, 50 francs. Vexin, 80 francs. Voiron, 100 francs. Département du Cher, 150 francs. Lot-et-Garonne, 50 à 200 francs. Syndicat de l'arrondissement de Pontoise, 150 francs (2).

Quoique variables, ces chiffres peuvent donner d'utiles indications aux tribunaux. La comparaison avec le prix des médecins locaux pour des opérations de même nature faites à des gens de situations modestes peut encore servir de point de repère.

Mais le point important est de maintenir ce principe que les membres des sociétés de secours mutuels doivent être considérés au point de vue de la modération des honoraires comme étant dans la catégorie la plus favorisée.

Quoi qu'en pense le docteur Surmay, on n'entre pas dans une société de secours mutuels comme membre participant, pour payer moins cher son médecin. Le but que se propose le mutuelliste est la répartition du risque sur un nombre plus ou moins considérable de personnes : c'est un acte de prévoyance. Le but ne serait pas atteint, si l'on faisait peser sur l'ensemble des mutuellistes un poids plus lourd que celui qui devait incomber à l'individu. L'argent de la société de secours mutuels est sacré et quand les conseils d'administration le défendent et ne le livrent qu'avec parcimonie, il faut les en féliciter ; car c'est la ressource suprême pour les jours de maladie, d'infirmité et de deuil. Il convient donc là surtout de procéder avec ordre, avec économie. Les tribunaux ne peuvent manquer d'entrer dans les sentiments qui ont dicté les sages résolutions des mutuellistes.

Le tribunal de Provins (Seine-et-Marne) a expliqué récemment ces principes en réduisant d'une façon notable la note d'honoraires d'un médecin de canton, qui réclamait à la société de secours mutuels de la petite commune des Ormes une somme de 424 francs pour réduction d'une fracture simple de la cuisse et soins consécutifs. L'honoraire de 200 francs offert primitivement par la société a paru suffisant au tribunal.

Cet honoraire nous paraît en outre parfaitement honorable. Quel est donc ce sentiment de dignité qui empêcherait les médecins de faire des conditions plus modérées à des sociétés aussi dignes d'intérêt que les sociétés de secours mutuels ?

Nous le comprenons d'autant moins que les médecins rencontrent dans leurs relations avec les sociétés de secours mutuels des avantages notables. C'est le dernier point sur lequel nous voulons insister.

Le médecin de la société de secours mutuels trouve à la place d'un client une clientèle. Les jeunes médecins y font leur apprentissage, c'est une sorte de clinique, qui leur est ouverte et où leurs efforts sont déjà rémunérés. Ils y trouvent aussi la plus excusable des réclames ou, pour mieux dire, la plus légitime des popularités.

Ils y trouvent, en outre, une sorte de caution et de garantie pour le paiement de leurs honoraires, puisqu'à la solvabilité douteuse du client vient se substituer la solvabilité beaucoup plus certaine de la société et puisqu'au lieu d'un recouvrement difficile ils trouvent l'avantage d'un payement à bureau ouvert.

En résumé :

Le règlement des honoraires entre les médecins et les sociétés de secours mutuels se traite de gré à gré.

L'État, qui impose à ces sociétés des statuts à peu près identiques, ne s'immisce pas dans leur règlement intérieur.

Le tarif est affaire de règlement intérieur et les médecins sont libres de l'accepter ou de le refuser.

L'avantage des tarifs est de diminuer le nombre des contestations.

Les tribunaux se montrent favorables aux sociétés de secours mutuels pour la modération des honoraires de médecins.

(1) V. Rapport de M. Puteaux au Congrès de Bordeaux.

(2) M. le docteur Floquet, le distingué médecin du Palais de justice, a bien voulu sur ce point nous communiquer les épreuves d'un traité général sur les honoraires dus au médecin, qui doit paraître au cours de cette année et qui contient des renseignements statistiques très complets sur les tarifs adoptés pour les sociétés de secours mutuels par les syndicats médicaux.

Ceux-ci peuvent sans déroger concéder des avantages particuliers aux mutuellistes. Le caractère libéral de leur profession les y invite, leur intérêt bien entendu le leur conseille.

Paul Beurdeley,
Avocat à la Cour de Paris,
Maire du VIIIe arrondissement.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs que Madame *Veuve Piasecki*, dont le mari, médecin au Havre, est mort victime de son dévouement, pendant l'épidémie cholérique de 1893, et qui a été secourue par la Société de protection des Victimes du Devoir, vient d'être dotée d'un bureau de tabac.

— Il paraît que le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté relatif à l'assainissement de Paris, aux termes duquel, dans toute maison à construire, il devra y avoir un cabinet d'aisances par appartement, par logement ou par série de trois chambres louées séparément. Ce cabinet devra toujours être placé soit dans l'appartement ou logement, soit à proximité du logement ou des chambres desservies, et, dans ce cas, fermé à clef.

Pour les hôtels, théâtres, usines, ateliers, magasins, bureaux, écoles et établissements analogues, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminé par l'Administration, dans la permission de construire, en prenant pour base le nombre de personnes appelées à faire usage de ces cabinets. Le propriétaire ou le principal locataire sera responsable de l'entretien en bon état de propreté des cabinets à usage commun.

Chaque cabinet d'aisances devra être muni de réservoirs ou d'appareils branchés sur la canalisation, permettant de fournir dans ledit cabinet une quantité d'eau suffisante pour assurer le lavage complet des appareils d'évacuation et entraîner rapidement les matières jusqu'à l'égout public.

L'emploi des systèmes d'appareils ne sera autorisé qu'après que les propriétaires les auront soumis au Conseil municipal. En outre, les projets d'établissement de canalisations pour les maisons neuves ainsi que pour les maisons déjà construites devront être soumis au service de l'assainissement de Paris. Les travaux ne pourront commencer que vingt jours après le dépôt de ces projets et l'on ne pourra se servir des canalisations établies que dix jours après que les travaux seront terminés.

Enfin l'arrêté prévoit toutes les dispositions relatives aux nouvelles canalisations à faire pour les eaux pluviales, ménagères ou de vidange dans les maisons déjà construites ou à construire : pour celles-ci, ces dispositions sont immédiatement applicables ; pour celles-là, elles pourront devenir exigibles si la salubrité le réclame.

Enfin ! ! ! Pourvu que cet arrêté ne reste pas lettre morte !

— La *Médecine moderne* nous apprend que la direction de l'hygiène publique vient d'inviter les préfets à prendre un arrêté de complète interdiction pour l'allaitement artificiel des enfants, non seulement des biberons métalliques, mais encore des biberons à tube de différents types de fabrication dont l'usage était encore autorisé par des médecins inspecteurs.

En outre, il sera défendu aux nourrices d'administrer aux enfants âgés de moins d'un an une nourriture solide quelconque, à moins d'une prescription médicale *formulée par écrit*.

C'est encore une heureuse mesure administrative que nous désirons voir suivie d'effet.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3934. — M. le docteur Pain, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire.

N° 3935. — M. le docteur Dupuis, de Cuisery (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Récentes publications.

Pathologie et Thérapeutique médicales.

BERNHEIM (Dr S.). — *Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.* Gros in-8 raisin de 580 pages, 7 fr. 50.

BOUTART (Dr E.), ancien interne des hôpitaux. — *Des différents types de diabète sucré.* In-8 de 210 pages, 10 fr. Il ne reste plus que cinq exemplaires de cet ouvrage *épuisé*.

BUTTE (Dr H.), chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. — *Les Teignes* (favus, tondante, pelade). In-18 de 124 pages, 3 fr.

EGASSE et GUYENOT. — *Eaux minérales naturelles* (autorisées) de France et d'Algérie, avec une préface de Dujardin-Beaumetz. In-8 carré de 352 pages, 7 fr. 50.

FOWLER (D^r), professeur d'anatomie pathologique, médecin de l'hôpital des phtisiques de Londres. — *De la localisation des lésions de la phtisie.* In-18 de 40 pages, avec 13 figures intercalées dans le texte, 2 fr. Cartonné, 2 fr. 50.

QUINQUAUD, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — *Thérapeutique clinique et expérimentale.* In-8 carré de 350 pages environ, avec figures, 10 fr.

Ceci est la moelle scientifique. Le savant et infatigable médecin de Saint-Louis n'a pas oublié ses premières études et ses primitives recherches sur la chimie biologique. Il est convaincu que c'est seulement par l'examen et par la critique des réactions obtenues dans le grand laboratoire de l'organisme que la médecine surprendra le secret de guérir. L'observation de la vie est peut-être la meilleure sauvegarde contre la mort. C'est du moins l'idée générale qui ressort de la lecture de ce livre si laborieusement pensé.

Que le lecteur ne s'imagine pas y trouver des fioritures ou des aperçus vagabonds, il se tromperait étrangement. C'est le fait vital enregistré et commenté. C'est l'observation dans sa scientifique nudité et sous son aride sécheresse. Mais combien suggestive est cette lecture ! A ceux qui cherchent les secrets du « comment », je conseille de méditer ce volume.

Dr L.-E. M.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 36 8 Septembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

UN MÉDECIN EN COUR D'ASSISES

Les personnages les plus autorisés pour intervenir utilement dans l'affaire *Lafitte*, sont tous absents de Paris. Aussi les visites, rendez-vous, lettres, démarches sont décuplés de ce fait et interminables.

Nous avons pu obtenir que le procès en cassation, fixé au jeudi 6, serait remis au jeudi 13. C'est huit jours de gagnés.

L'*Association de la presse médicale* s'est réunie et elle a pris les mesures qu'elle a jugées utiles. Elle a prié son président, M. le professeur *Cornil*, absent, de consentir à revenir à Paris, pour prêter son utile assistance.

M. *le Doyen*, malade et éloigné de Paris a fait, de son côté, tout ce qu'on a réclamé de lui avec sa sollicitude habituelle pour les intérêts et l'honneur de la profession.

M. *Dujardin-Beaumetz*, par hasard, présent à Paris, est intervenu de son côté.

En un mot, on a mis à contribution toutes les bonnes volontés et heureusement on les rencontre partout.

Les moyens de cassation, soulevés par le député de Seine-et-Marne, M. *Gauthier de Clagny*, seront sûrement examinés avec bienveillance par la Cour.

C'est, pour le moment, tout ce qu'il y a à rechercher.

Nous publions aujourd'hui le rapport du Dr *Vibert*, paru dans la *Médecine moderne*. Nous le faisons suivre du rapport des deux experts de *Mantes*, MM. *Dupont* et *Bonneau*, et nous reproduisons quelques réflexions d'un journal politique, très sensées.

Au nom de l'*Association de la presse médicale*, nous remercions la presse politique de l'empressement qu'elle a mis à donner, au grand public, ses appréciations, sans divergence, de l'horrible aventure d'un médecin.

Nous voulons espérer que tant d'efforts ne seront pas infructueux, et que l'infortuné Dr Lafitte reparaîtra devant un nouveau jury. C'est notre unique désir, sûrs alors qu'il sera déclaré innocent.

A. CÉZILLY.

Le rapport du Dr Vibert.

Je soussigné Ch. Vibert, docteur en médecine, commis par ordonnance de M. Fraigneau, juge d'instruction au tribunal de Mantes, en date du 6 février 1894, ainsi conçue :

« Vu la procédure commencée contre :
« 1° Chevalier (Maria), 25 ans, domestique ;
« 2° Et autres, inculpés d'avortement et complicité.
« Commettons M. le Dr Vibert, médecin-légiste à « Paris, à l'effet de :
« 1° Examiner la fille Chevalier, recevoir ses « explications et entendre également celles du « Dr Lafitte :
« 2° De dire dans son rapport :
« *a*) Si la fille Chevalier porte notamment au col « de l'utérus des traces de violences, indiquer les « causes probables de ces violences, qui pourraient « peut-être résulter de l'introduction dans le col de « l'utérus de tampons ou éponges comprimées et « séchées ;
« *b*) Si le traitement que le Dr Lafitte doit avoir « ordonné pouvait procurer l'avortement, si les in- « jections avec la poire en caoutchouc et l'applica- « tion de tampons, même en ouate, n'étaient pas « une médication très imprudente ;
« *c*) Si, étant donné les explications techniques « fournies par la fille Chevalier, il y a lieu de penser « que l'avortement a été procuré par le docteur ;
« *d*) Le cas échéant, expliquer en tenant compte « des explications de la fille Chevalier, comment la « fausse couche a pu se produire ;

« *e*) Enfin comment il peut se faire qu'une fille de « la campagne donne une description très exacte « du tampon d'éponge comprimée, et d'une sonde à « double entonnoir. »

« M. le Dr Vibert voudra bien donner en outre « tous les renseignements et conclusions qu'il croira « utiles à la manifestation de la vérité. »

Serment préalablement prêté, ai procédé à l'accomplissement de la mission, qui m'était confiée,

Examen de la fille Chevalier.

Cet examen a été pratiqué à l'hôpital de Mantes, le 7 février, avec le concours de MM. les Drs Bonneau et Dupont. Il a donné les résultats suivants :

Le ventre est peu volumineux, il ne présente pas de vergetures ; la ligne blanche de l'abdomen n'est pas pigmentée. On ne sent pas le fond de l'utérus au-dessus du pubis. La vulve ne porte pas de marques de violences.

Après avoir introduit le spéculum, on constate que les parois du vagin ne portent pas de traces de blessures, que le col de l'utérus a la forme d'une fente de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de longueur, légèrement entr'ouverte, sans déchirures. Un peu de liquide incolore s'échappe de cet orifice, assez abondamment pour réapparaître presque aussitôt après qu'on l'a essuyé. Tout autour de cet orifice, et sur une zone d'environ 1 centimètre de longueur, la muqueuse du col est rouge, parsemée de petites fongosités et de minimes exulcérations. On n'aperçoit pas de lésions qu'on puisse attribuer sûrement à l'action d'un instrument vulnérant.

Les seins sont peu volumineux ; de l'un d'eux on peut faire sortir une goutte de lait, d'un blanc opaque.

Voici maintenant les déclarations principales de la fille Chevalier, qu'elle nous a faites spontanément ou en réponse à nos questions.

Sa grossesse remonterait au plus tôt au 10 septembre, date du premier coït ; elle est allée pour la première fois chez M. le Dr Lafitte, le 27 décembre. Elle y est retournée tous les huit jours environ, elle lui a fait en tout cinq visites, la dernière le 25 janvier. Pendant les trois premières visites, le docteur lui a seulement introduit un spéculum, et lui a nettoyé les parties, en y injectant un liquide avec une poire en caoutchouc, et en y introduisant un tampon d'ouate mouillée qu'il laissait à l'intérieur. Il lui aurait donné une bouteille, qui contenait un liquide, qui devait être bu par cuillerées ; à la troisième visite il aurait joint à ces médicaments une « grosse poignée de safran » destinée à être prise en plusieurs jours. Cette drogue n'aurait d'ailleurs produit aucun effet.

A la quatrième visite, les choses se seraient passées différemment. M. le Dr Lafitte, après avoir introduit le spéculum et lavé les parties, aurait pris une sonde en gomme, à double embouchure, que l'inculpée décrit avec précision, et dont elle a montré le modèle parmi les instruments, qui se trouvent à l'hôpital. Le spéculum restant en place, la sonde aurait été introduite jusque dans la matrice, à ce que suppose l'inculpée. Si l'introduction du spéculum était chaque fois fort douloureuse, l'introduction de la sonde n'a pas occasionné de sensation pénible. La fille Chevalier nous a dit qu'elle était certaine que le médecin n'avait pas injecté un liquide quelconque à travers cette sonde ; il se serait borné à la remuer en divers sens pendant qu'elle était dans les parties. Cette manœuvre aurait occasionné une hémorrhagie fort abondante, un torchon plié en quatre aurait été traversé, et le sang aurait coulé non pas goutte à goutte, mais en jet dans une cuvette. Après avoir retiré la sonde, le médecin aurait placé et laissé dans les parties un tampon fortement serré par plusieurs tours de ficelle en forme de cylindre gros comme un crayon et long de 3 à 4 centimètres. Ce tampon avait une couleur jaune brun. L'hémorragie (avant ou après l'introduction de ce tampon) s'est arrêtée si complètement, que la fille Chevalier a pu, en sortant de chez le médecin, marcher pendant deux heures, sans que sa chemise fût tachée d'une goutte de sang. Pendant la fin de cette journée, et jusqu'à la visite suivante, la fille Chevalier n'a éprouvé aucune douleur.

A la cinquième visite, les mêmes manœuvres ont été pratiquées. L'introduction de la sonde a encore été suivie d'une hémorragie, moins abondante que précédemment et arrêtée tout aussi vite. Un autre tampon a été placé, semblable à celui qui vient d'être décrit, mais il était plus petit, c'est-à-dire d'un moindre diamètre. La fille Chevalier, qui nous a donné spontanément ce détail, l'a confirmé formellement à plusieurs reprises.

Ces manœuvres avaient été pratiquées le 23 janvier. La fille Chevalier n'a absolument rien éprouvé d'anormal et n'a nullement souffert jusqu'au 29 janvier. Le matin de ce jour, elle s'est réveillée avec un mal de tête qui l'a obligée à rester couchée.

FEUILLETON

Historique des Syndicats médicaux et de l'Union des Syndicats. (*Suite.*)

Les Syndicats n'avaient aucune existence légale, mais n'en fonctionnaient pas moins : ils travaillaient sans bruit et forçaient (ce qui n'était pas un mince résultat) l'Association Générale, elle-même, à leur rendre justice.

En effet, la loi relative aux syndicats professionnels venait d'être votée (21 mars 1884) et le Secrétaire général Foville les félicitait de leur modération, et, constatant qu'ils se trouvaient en face d'une législation promulguée, disait :

« L'usage que les Syndicats feront des droits que la loi leur accorde, sera le meilleur critérium du rôle pratique qu'ils sont appelés à remplir dans le développement des institutions de prévoyance et de protection réciproque des médecins entre eux. »

La loi portait que les Syndicats ou associations professionnelles, même de plus de 20 personnes, exerçant la même profession, des métiers similaires ou des professions connexes, concourant à l'établissement de produits déterminés, pourraient se constituer librement sans l'autorisation du Gouvernement

Les Syndicats professionnels avaient exclusivement pour objet l'étude des intérêts *économiques*, industriels, commerciaux et agricoles.

Elle permettait, en même temps, l'union des Syndicats ayant les mêmes intérêts.

Les Syndicats médicaux existaient donc légalement (du moins on le croyait), et Barat-Dulaurier, dans une série d'articles, démontrait l'utilité de l'Union et demandait aux Syndicats la nomination de délégués qui étudieraient les moyens de fonctionnement de cette *Union des Syndicats médicaux*, pour le plus grand avantage de notre corporation.

Le 27 juillet 1884, cette Union était votée par une Assemblée Générale des délégués des Syndicats (au nombre de près de 76) qui existaient à cette époque, et le Bureau était ainsi composé :

Président : Dr Gibert, du Havre.
Vice-Président : Dr Cézilly, Directeur du Concours médical.
Secrétaire-Général : Dr Barat-Dulaurier, de Saint-Antoine-sur-l'Isle.
Trésorier : Dr Maurat, de Chantilly.

Ce bureau devait se réunir aussi souvent qu'il serait nécessaire pour étudier et faire aboutir les questions générales intéressant la profession.

Tout semblait aller pour le mieux et les médecins étaient en droit de croire qu'ils pouvaient se syndiquer comme les autres professions pour soutenir leurs intérêts.

L'après-midi, elle a été prise de coliques et de maux de reins, puis elle a perdu de l'eau par les parties génitales, et enfin a expulsé le fœtus, qu'elle a examiné, et qui était un peu plus grand que la main. Sur le cordon ombilical, elle a trouvé le tampon qui avait été introduit par le médecin. Ce tampon adhérait si fortement, que la fille Chevalier n'a pu l'en séparer qu'en se servant de ciseaux. Elle l'avait mis de côté pour le conserver; mais quelque temps après, elle a pris le parti de le brûler. Il n'était pas plus gros qu'au moment de l'introduction.

Explications de M. le Dr Lafitte.

M. le Dr Lafitte reconnaît avoir reçu la visite de la fille Chevalier aux dates indiquées. La première fois, cette fille lui ayant dit que ses règles ne venaient plus, il a recherché si elle était enceinte, et n'a pas trouvé de signes certains de grossesse. Ces signes ne peuvent être constatés, en effet, qu'à une période assez avancée. Il était tout naturel que M. le Dr Lafitte les recherchât ; mais il savait fort bien, ainsi qu'il le reconnaît d'ailleurs, que leur absence ne prouvait nullement que la fille Chevalier ne fût pas enceinte.

Au cours de son examen, M. le Dr Lafitte avait reconnu que la fille Chevalier était atteinte de vaginite et de métrite granuleuse du col. Il a immédiatement institué un traitement propre à combattre cette affection, à savoir : légère cautérisation du col avec le crayon de nitrate d'argent, injection d'eau boriquée, application sur le col d'un tampon imbibé d'eau boriquée. Il a renouvelé ce pansement à chaque visite et il a prescrit des injections de tanin, des pilules d'arséniate de fer et du quinquina.

M. le Dr Lafitte déclare qu'il n'a pas fait d'autres prescriptions, qu'il n'a jamais introduit ni sonde, ni tampon dans la cavité de la matrice et que sur tous ces points, le récit de l'inculpée est entièrement faux.

II. — *Réponses aux questions posées par M. le juge d'instruction.*

A. — Au moment où nous avons examiné la fille Chevalier, le col de l'utérus ne présentait pas de lésions qu'on pût attribuer sûrement à des violences. Il n'y avait ni piqûres, ni contusions, ni déchirures. L'orifice du col était bordé par une zone assez régulière rouge, granuleuse, légèrement exulcérée. Cet aspect est bien plutôt celui d'une inflammation chronique, développée spontanément, que celui de lésions succédant à un traumatisme.

L'introduction dans l'orifice du col d'un tampon en éponge comprimée pourrait à la rigueur occasionner une inflammation du canal cervical, mais on ne comprend guère comment elle pourrait produire une inflammation localisée au pourtour de l'orifice, région qui n'était pas touchée par le tampon.

B. — M. le Dr Lafitte dit avoir constaté chez la fille Chevalier une vaginite et des granulations du col. Le traitement prescrit était en conformité avec le diagnostic et parfaitement correct.

Même en tenant compte de ce fait que M. le Dr Lafitte était persuadé, ainsi qu'il le reconnaît, que la fille Chevalier était enceinte, le traitement institué ne peut être considéré, à notre avis, comme « très imprudent ». Ni le lavage du vagin à l'eau boriquée ou au tanin, ni l'application d'un tampon d'ouate à la surface du col, ni même une cautérisation légère des granulations avec du nitrate d'argent ne sont des manœuvres capables de provoquer l'avortement, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme d'une telle impressionnabilité que la plus légère excitation du col interrompe le cours de la grossesse.

Il est vrai que certains médecins se refuseraient peut-être à pratiquer sur une femme enceinte le traitement que M. le Dr Lafitte dit avoir choisi. Mais cette abstention serait inspirée, croyons-nous, bien plus par la crainte de prêter à des soupçons et à des commentaires malveillants, que par la conviction que de telles manœuvres sont réellement dangereuses.

C. — Il est nécessaire d'indiquer par quels procédés l'avortement est ordinairement provoqué :

Les procédés les plus efficaces et les plus usuels sont au nombre de trois : la ponction de l'œuf, le décollement de l'œuf, la dilatation du col.

Pour pratiquer la ponction de l'œuf, on se sert de n'importe quel objet ayant la forme d'une tige assez déliée pour traverser le canal du col de la matrice et assez résistante pour déchirer les membranes de l'œuf.

Pour décoller l'œuf, on introduit encore un instrument jusqu'au fond de la cavité utérine, en passant par le canal du col ; l'instrument doit être souple pour ne pas déchirer les membranes de l'œuf, tout en les détachant de la paroi utérine sur une certaine étendue. On se sert généralement d'une sonde en gomme. On peut aussi opérer le décollement

---

Les Syndicats s'étaient fondés et aucun pouvoir administratif ou judiciaire n'avait pensé à leur appliquer, dans toute leur rigueur, les lois pénales dont l'arsenal est si riche, lorsqu'on se donne la peine de les chercher.

Bien plus, le pouvoir correspondait avec eux, et le ministre de l'Intérieur adressait aux préfets une circulaire relative à l'application de la loi.

Nous y voyons avec plaisir les passages suivants : « Le vœu du Gouvernement et des Chambres est de voir se propager, dans *la plus large mesure possible*, les associations professionnelles et les œuvres qu'elles sont appelées à engendrer. »

Plus loin : « Son laconisme, *qui est tout à l'avantage de la liberté*, pourra causer, au début, quelques hésitations et quelques incertitudes. Il serait difficile de prévoir à l'avance toutes les difficultés qui pourront surgir. *Elles devront toujours être tranchées dans le sens le plus favorable au développement de la liberté.* »

Or un rebouteur est poursuivi, à *Domfront*, pour exercice illégal de la médecine.

Le Syndicat, qui, d'après la nouvelle loi, a droit d'ester en justice, se porte partie civile.

Qu'arrive-t-il ?

Le tribunal condamne le rebouteur (parce qu'il ne pouvait faire autrement) mais rejette purement et simplement la demande du Syndicat, sous prétexte que les ouvriers et les patrons, seuls, avaient le droit de se syndiquer et que la médecine est une *profession libérale* !

Le bureau de l'*Union des Syndicats* reçut alors une demande du Syndicat de Domfront, d'appui moral et pécuniaire pour en appeler de ce jugement qui ne reconnaissait pas aux professions libérales le droit de se syndiquer. Tous les syndicats existants fournirent leur obole et le président Gibert s'inscrivit en tête pour *mille francs*. La société civile du Concours médical, de son côté, contribuait pour une somme importante.

Le 4 février suivant, la Cour de Caen confirmait le jugement.

Immédiatement appel en cassation.

Notons, en passant, que toute la presse politique, sans distinction de nuances, faisait unanimement des vœux pour le succès de notre cause.

Mais la Cour de cassation infirme encore une fois l'arrêt du Tribunal de première instance et de la Cour d'appel, décrétant ainsi que les médecins ne peuvent se *syndiquer*, pour défendre leurs intérêts professionnels.

« Il se peut, écrivait judicieusement, à ce propos, le Dr Cézilly, que ce qui est juste ne soit pas légal, mais cela ne peut cesser d'être juste et doit devenir légal, car la justice demeure et la légalité change. »

Le nouveau président de l'Union, le Dr Marguerite (car le principe de la présidence annuelle était

en poussant un liquide quelconque, injecté à travers une sonde introduite dans le canal du col.

Pour dilater le col on y place une tige d'une substance susceptible de se gonfler lentement en absorbant les liquides que sécrètent les organes génitaux. On se servait autrefois pour cela d'éponge comprimée ; aujourd'hui on n'emploie plus guère l'éponge, mais des fragments de tiges de laminaria.

Nous ferons remarquer immédiatement qu'un médecin décidé à pratiquer un avortement criminel aurait tout intérêt à choisir l'un des deux premiers procédés plutôt que le troisième.

La ponction ou le décollement de l'œuf sont d'une efficacité bien plus certaine et plus rapide, d'une exécution plus facile et ne réclamant aucun outillage compromettant. Au contraire, la dilatation du col agit lentement, peut manquer son but, nécessite ordinairement l'introduction de plusieurs tampons, oblige par conséquent à plusieurs opérations, occasionne habituellement des douleurs prolongées, enfin les tampons laissés en la possession de la femme, fournissent la preuve des manœuvres abortives.

Quoi qu'il en soit, quand on entend la fille Chevalier parler de ces tampons (d'éponge comprimée, semble-t-il), et décrire assez exactement la façon dont ils ont été introduits, il semble au premier abord que ce récit n'a pu être inventé et que l'avortement a été obtenu par ce procédé. Mais quand on étudie de plus près les déclarations spontanées ou les réponses de la fille Chevalier, déclarations et réponses qui sont faites avec beaucoup de précision et renouvelées formellement à plusieurs reprises, on constate que le récit de l'inculpée présente de telles invraisemblances, que sa sincérité devient fort douteuse. Nous allons signaler les principales de ces invraisemblances.

La dilatation du col par l'éponge préparée, la laminaria, etc., est habituellement douloureuse pendant tout le temps qu'elle se produit, c'est-à-dire plusieurs jours ; les douleurs sont même parfois intolérables. Or la fille Chevalier n'a « absolument rien senti » tout le temps qu'elle a gardé les deux tampons, qui lui ont été successivement appliqués. Ce n'est pas que cette fille soit naturellement insensible à la souffrance, puisqu'elle a « pleuré de douleur » chaque fois qu'on lui a introduit le spéculum.

La fille Chevalier a dit spontanément et nous a ensuite répété à plusieurs reprises que le tampon qui lui a été mis la seconde fois était plus petit, plus mince que le premier. C'est exactement le contraire qui aurait dû se passer. Un premier tampon, une fois qu'il a atteint la limite de gonflement que peut lui donner l'humidité, laisse le col dilaté mais dilaté souvent d'une façon insuffisante. Il faut alors introduire dans la cavité déjà élargie du col, un second tampon, *beaucoup plus gros* que le premier, qui, en se gonflant lui-même, augmentera encore la dilatation du col. Si l'on admet que, dans le cas actuel, le premier tampon avait complètement manqué son effet, ne s'était pas gonflé, M. le Dr Lafitte aurait pu en remettre un autre semblable, mais il n'avait aucune raison d'en choisir un plus petit, étant donné surtout que la fille n'avait éprouvé aucune douleur.

Si la fille Chevalier déclare encore que le dernier tampon est resté collé sur le cordon ombilical du fœtus, qu'elle l'a recueilli et gardé un certain temps, il était, dit-elle, à peu près aussi gros qu'au moment où le médecin l'avait mis (six jours auparavant). Ceci est inadmissible. Au moment de l'accouchement le tampon devait être tombé depuis longtemps, on ne comprend pas comment il avait pu se trouver collé sur le cordon ombilical ; en tout cas, six jours après son introduction, il aurait dû être considérablement gonflé, autrement sa présence aurait été inefficace. Il est certain que sur ce point la déclaration de l'inculpée est inexacte.

D'un autre côté, la fille Chevalier dit qu'on lui a introduit dans les parties génitales une sonde qui, d'après la description qu'elle donne, aurait été une sonde destinée spécialement à faire des injections à l'intérieur de l'utérus (ou de la vessie). Là encore cette déclaration, fort grave au premier abord, devient peu vraisemblable, quand on l'analyse d'après les explications de l'inculpée.

Tout d'abord, on ne comprend pas pourquoi M. le Dr Lafitte aurait, dans les deux dernières séances, employé coup sur coup la sonde et le tampon. L'un ou l'autre de ces deux procédés aurait dû lui suffire ; il était inutile et compromettant pour lui de les combiner. En introduisant la sonde et en produisant ainsi une hémorrhagie très abondante, il devait naturellement penser que cette manœuvre amènerait le résultat désiré, et il n'était nul besoin de placer encore un tampon à l'intérieur du col. En outre, M. le Dr Lafitte, qui n'a pas fait d'injections à travers cette sonde, n'avait aucune rai-

---

dès le début mis en pratique) écrivit à l'Association générale, lui demandant de soutenir les droits du corps médical. Celle-ci répondit par l'organe de son président qu'elle regrettait qu'on restreignît les droits des médecins, mais ajourna à l'année suivante l'examen de la question.

Ce fut pour les syndicats un moment de crise : quelques-uns se demandaient s'ils ne devaient pas se dissoudre; mais grâce aux efforts des ouvriers de la première heure, de MM. Margueritte, Cézilly, Gibert, Mignen, Barat-Dulaurier, etc..., la plupart restèrent debout.

Le secrétaire du syndicat d'Aisne-et-Vesle, le Dr Lécuyer, écrivit alors à un des membres du Syndicat, le Dr Dupuy, député de Vervins, pour lui demander son appui : celui-ci déposa sur le Bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à faire bénéficier les médecins de la loi du 21 mars 1884. En même temps le *Concours médical* organisait, à ses frais, un vaste pétitionnement et remettait à M. le Dr Dupuy 1800 pétitions que celui-ci déposait également sur le Bureau de la Chambre.

Malgré cela, la proposition Dupuy ne vint pas en discussion. Elle contribua pourtant à ramimer les courages et, en dépit de tout, les Syndicats et leur Union continuèrent à vivre. Bien plus ils prospérèrent et, chose curieuse, ils parurent avoir la complicité de l'Administration.

En effet, en 1890, le Garde des sceaux faisait paraître une circulaire demandant, aux Associations et aux *Syndicats de médecins*, leur avis sur les tarifs médico-légaux.

Le gouvernement reconnaissait donc les syndicats malgré la décision de la Cour suprême !

Toute la magistrature, d'ailleurs, ne pensait pas comme les différentes juridictions qui connurent l'affaire de Domfront.

Un sieur Cadot avait créé, en 1890, un syndicat de professeurs libres et était poursuivi pour infraction à la loi sur les syndicats professionnels. Le tribunal acquitta le sieur Cadot, avec les considérants suivants, très remarquables, du président Toutée,

Le Tribunal,

« Attendu que Cadot est cité devant le tribunal correctionnel comme ayant contrevenu à l'article 3 de la loi du 21 mars 1884, en constituant et en administrant un syndicat dit « Des professeurs libres, hommes et dames ; »

En fait ;

« Attendu que Cadot reconnaît avoir fondé le 22 décembre 1883, à Paris, le syndicat des professeurs libres et l'avoir, depuis la même époque, administré en qualité de président-directeur ;

En droit ;

« Attendu que l'article premier de la loi susvisée pose le principe de la liberté des syndicats professionnels : que l'article 2 détermine les syndicats professionnels que la loi autorise et comprend par la généralité de son texte, toutes les professions ;

« Attendu que l'article 3 précise l'objet pour lequel les syndicats peuvent se constituer sans restreindre la généralité des termes de l'article 2 ;

son de choisir cet instrument, pour pratiquer des manœuvres abortives ; il n'est pas plus commode qu'un autre instrument, il ne se trouve pas dans une trousse ou parmi les modèles d'un usage courant, car il est fort rarement employé ; enfin il est d'une forme assez singulière pour retenir l'attention de l'opérée.

Si nous supposons un instant que M. Lafitte a fait tout cela, qu'il a été un avorteur malhabile et imprudent, il reste encore d'autres points suspects dans le récit de l'inculpée. Il est fort improbable que l'hémorrhagie si abondante provoquée par l'introduction de la sonde ait été arrêtée aussi vite et aussi complètement que le dit l'inculpée ; très improbable aussi qu'à la suite de ces opérations, la fille Chevalier n'ait éprouvé aucune douleur ; très improbable encore que, la sonde ayant été introduite les 17 et 23 janvier, l'avortement ne soit survenu que le 29 janvier.

En ce qui concerne l'ingestion de médicaments ou de drogues, il nous paraît que, si ces substances ont été administrées, ce ne sont pas elles qui ont occasionné l'avortement. En effet, dans l'immense majorité des cas, les substances dites abortives ne peuvent interrompre une grossesse de plusieurs mois sans occasionner des troubles graves de la santé et la femme Chevalier assure même s'être très bien portée jusqu'au matin du 29 janvier.

En résumé, la fille Chevalier décrit aussi exactement qu'on peut l'attendre d'une femme de sa condition des manœuvres qui sont bien celles que doivent employer un avorteur ou une avorteuse. Mais la conduite qu'elle attribue au Dr Lafitte est, au point de vue purement technique, absurde et inutilement compromettante. En outre, la plupart des explications que cette fille donne avec beaucoup de précision et d'assurance sur le détail des manœuvres sont invraisemblables ou inadmissibles.

Si l'instruction établissait que M. le Dr Lafitte est réellement coupable, il n'en resterait pas moins vrai que les déclarations de la fille Chevalier sont inexactes sur un grand nombre de points.

D. — Après ce qui précède, il n'y a pas lieu de répondre à cette question.

E. — Il semble impossible que la fille Chevalier ait inventé de son propre chef la description de l'éponge comprimée et de la sonde. Il faut admettre, ou bien qu'elle a réellement vu ces objets chez M. le Dr Lafitte ou ailleurs, ou bien que quelqu'un les lui a dépeints.

Signé : Ch. Vibert.

Paris, le 14 février 1894.

La *Médecine moderne* ajoute :

Il faut espérer que la Cour trouvera quelque raison de casser un jugement, dont la revision s'impose. Il est impossible qu'un accusé soit condamné sur les simples dires d'une femme, quand les experts sont d'accord, pour mettre en doute les affirmations de cette femme.

La perversité de la femme n'a d'égale que sa bêtise, ou plutôt sa faiblesse. Dans les affaires de ce genre, magistrats et jurés devraient toujours avoir présente à l'esprit l'histoire de cette fille qui, arrêtée pour infanticide, pressée de questions par le juge d'instruction, avoua tout ce qu'on voulut, fut condamnée, et trois à quatre mois après sa condamnation, mit au monde, à terme, vivant et bien constitué, l'enfant qu'elle avait reconnu avoir étouffé de ses propres mains !!

Nous avions demandé, et n'avons pas reçu en temps utile, le rapport de nos chers confrères de Seine-et-Oise, experts légistes, avec M. le Dr Vibert ; voici leur lettre.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous n'avons pas conservé le double de notre rapport, transmis au parquet, au sujet de cette malheureuse affaire Lafitte.

Du reste, au grand jour d'une audience, en pleine Cour d'Assises, nous avons catégoriquement exprimé notre opinion. C'est pourquoi nous serions assez désireux de voir notre rapport publié par votre journal, dans le cas où le parquet de Versailles, qui en est détenteur, consentirait à vous en communiquer la copie.

Sans avoir pu nous concerter avec le Dr Vibert, les conclusions de notre rapport, quoique précédées de moins de détails techniques, *sont absolument conformes aux siennes*.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Dr Bonneau.
Dr Dupont.

« Attendu qu'en effet les mots économiques, industriels, commerciaux, agricoles » qui terminent l'article 3, doivent être compris comme ayant chacun un sens propre ;

« Que les mots « commerciaux, agricoles et industriels » ne doivent pas être tenus comme l'explication du mot « économique » qui les précède ;

« Qu'il est hors de doute qu'en dehors des intérêts agricoles, commerciaux ou industriels, il existe des intérêts purement économiques qui ne sont ni agricoles, ni commerciaux, ni industriels ;

« Que tout intérêt qui touche à la richesse, à sa production, à sa répartition, à sa circulation, à sa consommation, est, à proprement parler, un intérêt économique ;

« Attendu qu'on ne saurait nier que les professeurs libres ont, dans le sens qui vient d'être donné à ce mot, des intérêts économiques à établir, à poursuivre et à défendre ;

« Qu'en effet, le salaire qu'ils touchent, les conditions dans lesquelles s'exerce plus ou moins librement leur profession, constituent à leur égard une situation économique ;

« Attendu qu'à ce premier point de vue les professeurs libres ont donc le droit, d'après le texte même de la loi, de se constituer en syndicat pour la défense et la sauvegarde de leurs intérêts ;

« Attendu, en dehors même du texte précis de la loi du 21 mars 1884, que les travaux préparatoires de cette loi démontrent que son bénéfice s'applique à toute profession, en dehors même des professions industrielles, commerciales ou agricoles ?

« Attendu, en effet, qu'à la séance du 18 juillet 1883, le rapporteur de la loi à la Chambre des députés s'exprimait ainsi : « La commission n'a pas introduit de qualification ni de détermination de l'ordre des métiers. Il y a certaines catégories de salaires qui ne rentrent ni dans celles des employés, ni dans celles des ouvriers et qui cependant ont, du chef de la loi, l'autorisation de constituer des chambres syndicales et qui pourront très utilement en constituer. On pourrait énumérer plusieurs de ces catégories, mais on risquerait de faire des lacunes. C'est pourquoi nous n'avons voulu rien énumérer, donnant ainsi satisfaction à ceux qui emploient, comme à ceux qui sont salariés ; »

« Attendu que le rapporteur de la loi, devant le Sénat, disait encore : « En un mot, toute personne qui exerce une profession aura le droit de se servir de la nouvelle législation ; »

Attendu que les professeurs libres exercent une profession déterminée, qui les met vis-à-vis des directeurs d'établissement d'instruction publique ou privée dans la situation de véritables employés ou salariés, au sens large et élevé de ces mots ;

Attendu qu'ainsi l'esprit et le texte de la loi donnent aux professeurs libres le droit de se constituer en syndicats.

Attendu que, pour leur retirer ce droit, on ne saurait tirer argument de l'article 6 de la loi du 21 mars 1884 qui dit : « Les Syndicats professionnels de patrons ou d'ouvriers... »

Qu'en effet, cet article doit être rapproché de l'article 5, qui permet, en certains cas, l'Union des Syndicats.

Que cet article 6 oppose seulement les Syndicats auxquels il accorde la personnalité civile, à l'Union des Syndicats qui ne saurait acquérir la personnalité civile ;

Par ces motifs :

Renvoie Cadot des fins de la prévention sans amende ni dépens.

Ces considérants ne renfermaient rien que d'absolument logique, mais le jugement fut frappé d'appel et la Cour de Paris l'infirma. Nous n'étions pas plus avancés qu'avant.

Dr Lécuyer.

(A suivre.)

M. Vibert, dans un excellent article de M. Montorgueil, renseigné par M. Gilles de la Tourette, notre collègue, commente, ainsi qu'il l'a fait, pour nous, de vive voix, le rapport précédent.

Le verdict rendu par le jury de Versailles dans cette affaire, m'a causé la plus douloureuse surprise, et c'est de grand cœur que je me suis associé aux démarches faites pour en obtenir l'annulation.

Je ne puis comprendre pourquoi M. le docteur Lafitte, dans la lettre que vous me présentez, me rend responsable de ce verdict et m'attribue des déclarations, qui sont exactement le contraire de celles que j'ai faites, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de mon rapport. Une telle aberration ne s'explique que par les terribles émotions qu'a subies M. le docteur Lafitte.

Mais, parmi les médecins qui assistaient à l'audience, il en est un, M. le docteur Toussaint, qui croit que j'ai contribué dans une certaine mesure à la condamnation de l'accusé. Je tiens à réfuter cette opinion et je puis le faire, sans nuire aucunement à la campagne entreprise en faveur de son ami par M. Toussaint avec un zèle et une ardeur que j'admire sincèrement.

Mon rôle dans cette affaire a consisté à entendre les déclarations de la fille Chevalier et à en apprécier la valeur au point de vue médico-légal. Or, en interrogeant cette fille, en lui faisant préciser tous les détails des manœuvres qu'elle disait avoir subies, je suis arrivé à la conviction *qu'elle mentait*, que la conduite qu'elle prêtait au médecin était absurde, que certaines de ses déclarations, les plus importantes, étaient sûrement mensongères.

Cette conviction, je l'ai motivée longuement dans mon rapport qui se termine par cette phrase : « *Si l'instruction établissait que M. le docteur Lafitte est réellement coupable*, il n'en resterait pas moins vrai que les déclarations de la fille Chevalier sont inexactes sur un grand nombre de points. »

A l'audience, ma déposition orale a été la répétition de mon rapport.

Pendant près d'une heure, je me suis efforcé de faire comprendre au jury que les opérations que la fille Chevalier disait avoir été faites par le docteur Lafitte, et les résultats qu'elle leur attribuait étaient matériellement impossibles.

Mais ensuite, le défenseur m'a posé les deux questions suivantes : 1° peut-il s'écouler six jours entre les manœuvres et l'avortement ? 2° peut-il n'y avoir ni douleurs, ni écoulement sanguin pendant cette période ? A cela j'ai répondu que la chose était très improbable, contraire à toutes les vraisemblances, mais qu'elle n'était pas d'une impossibilité absolue.

Je ne crois pas qu'aucun médecin légiste possédant une expérience suffisante ait pu répondre autrement à une question ainsi posée.

Mais je ne puis admettre, comme le pense M. Toussaint, que ce soit cette réponse, venant après les longues explications précédentes, qui ait motivé le verdict du jury. S'il en était ainsi, ma pensée aurait été bien mal comprise, car je répète ici que les faits reprochés à M. le docteur Lafitte ne sont nullement prouvés au point de vue médical et que les déclarations de la fille Chevalier sont pleines d'inexactitudes et d'invraisemblances. Si c'est cela que M. le docteur Toussaint a voulu me faire redire une fois de plus, je le redis bien volontiers.

Singulière coïncidence. Une lettre à M. le docteur Lafitte.

Mon cher et très honoré confrère,

Je viens de lire, dans les deux derniers numéros du *Concours médical*, l'épouvantable erreur judiciaire, dont vous êtes victime. Quoique je n'aie pas l'honneur de vous connaître, je ne puis m'empêcher de vous exprimer ma sympathie et de vous dire, combien je partage votre peine. Je le fais avec d'autant plus d'émotion, qu'il s'en est fallu de peu, que je ne fusse à votre place ; il y a deux ans, avant de venir habiter Paris, j'ai été en pourparlers avec M. le maire de Rosny pour prendre la même clientèle que vous, et bien certainement, ce qui vous est advenu me serait arrivé également, comme cela serait arrivé à tout autre, puisque c'est le résultat d'une suite de coïncidences fatales mal interprétées.

Ayez de l'espoir, le corps médical ne peut laisser persister une telle erreur et soyez persuadé que tous les honnêtes gens qui comprennent et s'expliquent votre malheur, vous estiment, vous plaignent et feront pour vous tout ce qu'il sera possible de faire.

En attendant l'honneur et le plaisir de vous serrer la main, si un jour les circonstances nous le permettent, recevez, mon cher confrère, l'expression de ma vive sympathie et de mes meilleurs sentiments.

D[r] G. Ollivier,
16, rue Hermel.

Notre confrère, à cause de l'intention, nous excusera de reproduire une lettre dont nous avons eu connaissance fortuitement.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Influence des différentes formes de l'électricité d'usage courant en électrothérapie, sur la nutrition du muscle.

Dans une récente thèse, le D[r] *Xavier Debedat* a montré que les progrès récents des connaissances physiques, loin de simplifier l'étude de l'électrothérapie, sont plutôt faits pour jeter le trouble dans l'esprit du praticien appelé de nos jours à diriger un traitement dans un cas d'atrophie musculaire, car ils ont multiplié moyens et méthodes. Il suffit, pour mettre ce fait en évidence, de jeter un coup d'œil sur l'arsenal du spécialiste. A côté des machines statiques, des batteries galvaniques, des appareils faradiques, sont venues se ranger les machines à courants alternatifs, à courants sinusoïdaux, à courants de haute fréquence, etc. Quel profit en tirera la thérapeutique des affections musculaires ?

L'auteur du présent travail s'est efforcé d'apporter quelque clarté dans cette vaste question et il a pu fournir à la thérapeutique certains faits d'électrophysiologie d'un grand intérêt.

Les résultats qu'il a obtenus sont d'accord avec la conduite qu'on tient à la clinique électrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux où il étudie depuis quatre ans sous la direction savante et bienveillante de M. le Professeur Bergonié.

Voici un résumé de la méthode et des expériences :

Comme l'indique l'intitulé, seules ont été expérimentées les formes de l'électricité d'usage courant, c'est-à-dire : la *forme galvanique continue* ou rythmée, la *forme faradique tétanisante continuée* ou *rythmée* et l'*étincelle statique*.

Les recherches ont été portées sur les muscles de la région postérieure de la cuisse gauche de jeunes lapins. Le membre droit de chaque sujet servait de témoin.

Les moyens de contrôle ont été la *pesée* et l'*examen histologique*.

Le Dr Debedat conclut :

1° Le mode d'action de l'électricité sur la nutrition musculaire est complexe. Sous la forme de courants continus, elle agit autrement que comme excitant de la contractilité, et, toutefois manifestement.

2° En tant qu'excitant de la contractilité, son action est comparable à celle de l'exercice ordinaire, sur lequel elle présente des avantages considérables au point de vue thérapeutique.

3° L'exercice modéré, provoqué par les courants faradiques rythmés, qui se rapproche le plus de l'exercice naturel, produit les effets les plus marqués.

4° L'exercice provoqué par les excitations galvaniques rythmées, produit, avec les secousses brusques, une action favorable évidente. Cette action est moindre cependant que celle des courants faradiques rythmés, mais supérieure à celle des courants galvaniques continus.

5° La tétanisation prolongée déterminée par les courants faradiques produit un surmenage qui a pour conséquence l'atrophie des muscles.

6° L'étincelle statique ne produit pas de modification durable.

En résumé, ces faits expérimentalement démontrés prouvent, contrairement à l'opinion de certains auteurs (Möbius et son école), que l'action de l'électricité est réelle.

Ils vérifient une indication pratique de première importance.

Le tænifuge du Dr Duhourcau.

Dans notre avant-dernier numéro, nous avons relaté la méthode tænifuge du Dr Leslie Ogilvie, et à propos de cet exposé, nous avons rappelé en quelques mots le procédé imaginé par notre confrère, le Dr Duhourcau. Nous tenons à revenir un peu aujourd'hui sur cette question pour montrer que le principal avantage du tænifuge Duhourcau, aussi facile à absorber par les enfants que par les adultes, est d'éviter toutes les purgations d'avant et après l'absorption des capsules, qui agissent seules, doucement, rapidement et aussi sûrement que le meilleur tænifuge du Dr Leslie Ogilvie.

Ainsi se trouve singulièrement simplifié le traitement des tænias. On arrive à en débarrasser les porteurs en deux ou trois heures de temps, dans la plupart des cas.

Du reste, voici la formule d'administration :

La dose pour adulte est de 12 capsules ; pour les enfants au-dessous de 12 ans, on donnera autant de capsules que l'enfant compte d'années.

Ces capsules se prennent le matin à jeun, chacune simplement avec une cuillerée d'eau pure ou sucrée ; en 12 ou 15 minutes. — Puis, plus rien ! — Le malade peut vaquer à ses occupations, comme après un simple purgatif, sauf à prendre les précautions voulues pour recueillir le ver et en retrouver la tête.

Si, par exception ou pour un motif quelconque, il ne pouvait pas déglutir les capsules, il devrait les ouvrir d'un coup de ciseau, les vider dans une cuillère, avaler la dose d'un trait, et boire, de suite après, un peu d'eau ou de vin sucré.

Traitement de l'épistaxis.

D'après le Dr *Kohn*, de New-York, voici comment il faut procéder pour prévenir les épistaxis chez les personnes qui y sont sujettes :

Lorsque le saignement se reproduit sans cause évidente, l'examen du nez et du naso-pharynx s'impose, et si l'on découvre une érosion ou une varicosité sur la partie antérieure du septum cartilagineux, le point malade, préalablement séché avec la ouate hydrophile, sera cautérisé avec une solution saturée d'acide chromique.

Chiari, qui prétend avoir rencontré pareille lésion 70 fois sur 81 de saignement habituel, préconise avant tout le galvano-cautère, mais l'auteur a vu ce moyen occasionner si souvent l'épistaxis, qu'il n'ose le recommander aux praticiens.

Des angiomes sont dans quelques cas la cause d'hémorrhagies répétées et abondantes. Leur destruction radicale par le galvano-cautère plat met fin à ces pertes de sang.

On enlèvera les tumeurs, les polypes vasculaires, les végétations adénoïdes qui pourraient exister chez un patient souffrant habituellement d'épistaxis.

Si un enfant respire par la bouche, il faut diriger l'attention vers le naso-pharynx et les adénoïdes.

Régulariser les selles. Administrer aux sujets faibles ou affaiblis : fer, quinine, strychnine, acides minéraux, huile de foie de morue, selon les indications. L'air frais, l'exercice en plein air, les bains d'eau fraîche ou d'eau salée sont aussi indiqués.

Il y a cependant des cas d'épistaxis où l'on ne peut constater de lésions, spécialement chez les enfants qui grandissent fort et d'ailleurs en bonne santé. Morel Mackensie donne alors l'ergot, remède préventif. L'auteur a trouvé que dans ces cas, l'extrait fluide d'hydrastis canadensis est un remède souverain qui prévient presque toujours les rechutes, administré à la dose de 10 gouttes toutes les 2 à 3 heures.

Une solution de 5 p. 100 d'extrait fluide d'hydrastis canadensis ; le même médicament, mêlé à la vaseline liquide, l'albolène et autres substances similaires peuvent être employés en pulvérisations nasales.

L'hydrastis canadensis paraît tonifier les muqueuses. Son principe amer stimule l'appétit. Le seul inconvénient qu'il présente, c'est de resserrer le ventre.

Quant à la manière d'arrêter une épistaxis, en train de se produire, voici les différentes méthodes à tenter d'après le Dr Kohn :

D'abord sans médicaments :

1° Compression externe de la narine saignante, compresses glacées, vessie de glace, etc.;

2° Injection d'eau à 32° C., jusqu'à ce que le liquide sorte clair de la narine non saignante ;

3° Glace dans la bouche, compresses froides, glace, pièces métalliques froides sur l'épine dorsale, immersion du scrotum dans l'eau glacée ;

4° Les vessies de Chapman contenant de l'eau à la température de 40°,5 sur la colonne vertébrale ;

5° Ventouses ou vésicatoires à la région hépatique, aux régions rénales ; sinapismes.

Avec emploi de médicaments : 1° les astringents : tannin, alun en insufflations ; les préparations de fer, la solution de Monsel, diluée avec la glycérine, appliquées au pinceau ou pulvérisées ; le glycéré de tannin, les solutions de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, de sulfate de cuivre, de kina, de cachou ; 2° les escharrotiques, et les

caustiques ; après avoir absorbé rapidement le sang avec de la ouate ou de la charpie, on touche le point saignant avec une solution saturée d'acide chromique, une solution à 60 p. 100 de nitrate d'argent ou le crayon ; l'acide nitrique manié avec grande précaution ou le galvano-cautère.

Reste la compression interne au moyen : 1° de tampons d'ouate saturés ou non des solutions astringentes citées plus haut ; 2° de longues et étroites bandes de gaze iodoformée poussées doucement dans la narine saignante jusqu'à son entière occlusion, en laissant l'extrémité de chaque bande visible en dehors ; 3° de petites vessies en caoutchouc introduites vides dans la narine, ensuite gonflées d'air ou remplies d'eau froide.

En dernier lieu, quand tout a échoué, la canule de Belloc, qui n'est pas en elle-même dépourvue de danger : on a vu son usage suivi d'érysipèle, de septicémie, de tétanos.

Encore un moyen vanté, c'est l'introduction de tampons d'ouate imbibés d'une solution d'antipyrine à 20 p. 100 ou de cocaïne à 10 p. 100.

Les méthodes ci-dessus ne sont pas à dédaigner, mais l'auteur estime que les simples règles de traitement des hémorrhagies capillaires sont applicables aux épistaxis. Leur but est de provoquer la coagulation au point saignant au point de tenir le caillot en place.

La première règle est de laisser la partie malade en repos, rassurer le patient en lui affirmant qu'il n'y a aucun danger de le faire asseoir sur un siège la tête légèrement portée en arrière, de relâcher sa cravate et les vêtements qui pourraient gêner la circulation au cou, de lui dire de respirer uniquement par la bouche largement ouverte et lui défendre de se moucher, de cracher.

La seconde règle est d'enjoindre au patient de respirer plus profondément et plus rapidement jusqu'à 30 fois à la minute. L'effet immédiat de cette absorption d'oxygène est d'augmenter la force et la fréquence du cœur et sans doute d'augmenter la quantité de sang dans la circulation pulmonaire, aux dépens de la circulation cérébrale. L'auteur croit que la répartition plus égale de sang dans le corps et la tête ou l'action musculaire de l'effort respiratoire, décongestionne la muqueuse nasale.

Quand le patient est fatigué — ce qui arrive souvent après une trentaine de respirations — il respire normalement pendant quelques moments, pour recommencer à respirer rapidement, à moins que le saignement n'ait cessé.

Le sang qui coulerait dans le pharynx doit être avalé.

La règle terminale est de faire énoncer par le malade la voyelle A longue, à chaque expiration ; le voile amené en contact avec la paroi postérieure du pharynx empêche le sang de couler dans l'œsophage durant l'expiration.

Cette méthode est d'application si facile que l'auteur s'en sert après toute opération sanglante aux fosses nasales. La blessure d'un vaisseau considérable exige le tamponnement avec la gaze iodoformée imbibée de glycéré au tannin, par exemple.

Traitement de l'urticaire.

Jusqu'à présent, on a recommandé comme traitement de l'urticaire d'origine dyspeptique et toxique, l'usage de purgatifs, d'antiseptiques intestinaux et de pommades antiprurigineuses à appliquer sur les régions atteintes par l'éruption. L'efficacité de ce traitement est loin d'être générale, et, pour beaucoup, l'affection ne cède point facilement, quelquefois même pas du tout.

Or, le Dr *Lanz*, de Laupen, affirme que l'administration de l'ichtyol à l'intérieur constitue un moyen de traitement de l'urticaire qui donne des résultats des plus remarquables. C'est, en particulier, dans les urticaires dus aux troubles des fonctions digestives, que ce médicament aurait surtout une réelle efficacité.

M. le docteur Lanz a observé le fait suivant sur lui-même. A la suite d'une ingestion de limonade, il a été pris d'une violente éruption d'urticaire qu'il a essayé tout d'abord de combattre par l'usage interne du menthol, pris, deux fois par jour, à la dose de 0,20 centigrammes chaque fois. Cette médication étant restée inefficace, il eut alors l'idée de prendre un cachet de 0,20 centigrammes d'ichtyol, et, une demi-heure après, son urticaire avait complètement disparu. Pour être plus sûr, M. Lanz prit encore le lendemain, 0,20 centigrammes d'ichtyol après chacun des principaux repas, et depuis il n'a jamais eu de récidive de son urticaire.

Voilà donc encore une médication qui peut être essayée sans aucun danger et qui est peut-être appelée à rendre de grands services dans nombre de cas rebelles aux purgatifs et au régime alimentaire.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Influences des études bactériologiques sur la thérapeutique médicale.

Dans un récent article, le Dr *Charrin*, le savant élève de M. Bouchard, dont personne n'ignore la compétence spéciale en bactériologie et en sérothérapie, vient d'exposer les résultats qu'il a déjà atteints et ceux qu'il espère encore atteindre au profit de la thérapeutique médicale par ses recherches expérimentales. Nous demandons à nos lecteurs la permission d'en résumer et d'en commenter quelques passages, en évitant les détails techniques, qui n'intéresseraient pas les vrais praticiens.

I

Le point fondamental que les expériences ont surabondamment établi, est que, dans certaines conditions, un organisme imprégné de toxines devient insensible aux attaques du bacille qui fabrique ces toxines. Se basant sur cette donnée, M. le professeur Bouchard, durant de longs mois, réalisa un grand nombre d'expériences consistant, avec des variétés innombrables dans les doses, dans les voies d'entrée, dans les moments de l'intervention, à administrer les sécrétions d'un microbe à des animaux contaminés au préalable par ce microbe.

Les résultats ne répondirent point à l'attente conçue ; loin de là : les sujets ainsi traités non seulement devinrent malades, mais encore succombèrent plus promptement que les témoins, c'est-à-dire que ceux qui n'avaient reçu que les germes vivants.

La conclusion imposée par ces expériences fut

que les produits bactériens, dans des conditions spéciales, lorsqu'ils agissent à un instant où le ferment pathogène a commencé son œuvre, favorisent l'infection, hâtent son évolution ; cette notion devait permettre de comprendre une foule de phénomènes.

La résistance de l'économie, dans le mécanisme de la vaccination par les toxines, n'est pas attribuable à ces toxines elles-mêmes, à leur présence directe, immédiate. En modifiant la technique, en particulier en changeant l'instant de la pénétration de ces toxines par rapport à celui de l'inoculation, on a bien vite vu que, pour obtenir l'accroissement maximum de la résistance, il était nécessaire de séparer ces deux instants par un intervalle de trois à six jours ; on a promptement établi qu'il était indispensable, pour réaliser l'immunisation, d'injecter, en premier lieu, les produits de sécrétion, d'introduire, en deuxième lieu, l'agent pathogène.

D'autre part, M. Bouchard, puis M. Ruffer et M. Charrin, ont mis en évidence l'élimination de ces produits par divers émonctoires, plus spécialement par les urines.

Ces constatations mettent hors de doute, que l'existence au sein des tissus vivants des principes microbiens n'est pas la cause intime de cette immunisation, puisque cette immunisation ne devient manifeste qu'à une période où ces principes ont en partie disparu.

La création de cet état nouveau semble exiger la participation des cellules de l'organisme : il paraît nécessaire de leur laisser le temps de modifier leur nutrition, de donner naissance à des substances jusque-là absentes des plasmas.

Après de nombreuses recherches et expériences, on est arrivé à démontrer que chez les animaux rendus artificiellement réfractaires à l'aide des virus atténués ou des cultures stérilisées, les humeurs sont moins hospitalières pour les bactéries que chez les sujets normaux ; au sein de ces liquides modifiés par les vaccins, ces bactéries pullulent, sécrètent, fonctionnent plus lentement, affectent des formes spéciales, etc.

D'un autre côté, en étudiant tant la diphtérie que le tétanos, sans que, jusqu'à ce jour, la démonstration ait paru pleinement s'appliquer à un plus grand nombre d'affections, Behring, Kitasato ont découvert, dans le sérum des êtres doués d'immunité des corps dits antitoxiques. Non seulement, dans ces cas, les microbes vivants se développent avec plus de difficulté dans les plasmas contenant ces corps antitoxiques, mais, si l'on mélange à ces plasmas les poisons extraits des milieux où ont vécu les bacilles de Loeffler ou de Nicolaïer, agents des pyrexies contre lesquelles ont été prémunis les animaux porteurs de ces antitoxines, ces mélanges perdent toute activité ; on sait, au contraire, que si on injecte ces mêmes poisons dilués dans du sang normal, on détermine les accidents les plus redoutables.

En résumé, ce que l'on cherche à obtenir par une vaccination, c'est la formation par les cellules de l'organisme lui-même, de principes particuliers qui entravent la pullulation des germes.

Est-ce à dire que les toxines elles-mêmes doivent être complètement, définitivement négligées ? Juger ainsi les choses serait peut-être exagérer quelque peu.

II

ACTION DES MICROBES DE CERTAINES ESPÈCES SUR D'AUTRES ESPÈCES.

Il est démontré depuis longtemps déjà que certains microbes ne peuvent vivre côte à côte et c'est grâce à cet antagonisme que l'économie peut se trouver débarrassée sans grands efforts de germes fort dangereux, l'un prenant le dessus sur l'autre et le faisant disparaître.

M. Bouchard a combattu efficacement, dans une mesure donnée, la bactéridie en inoculant le bacille pyocyanogène.

En remplaçant ce bacille pyocyanogène par le pneumocoque, par le streptocoque, etc., Buchner, Pavlovsky, etc., sont arrivés à des conséquences identiques. Or, si, avec Guignard et Charrin, on analyse le phénomène, on voit que, dans cette variété de concurrence vitale, les microbes surajoutés détruisent cette bactéridie, en partie en utilisant leurs sécrétions.

Ces sécrétions sont nuisibles pour cet organisme plus délicat que la plupart de ces germes inoculés secondairement ; de plus, elles déterminent des inflammations substitutives, dont les effets peuvent être fort salutaires.

Il est certain cependant que cette même incompatibilité de certains microbes avec d'autres peut provoquer, en revanche, des phénomènes graves dans l'organisme, par substitution d'une espèce extrêmement nuisible à une autre beaucoup moins dangereuse. Tel est le cas du bacille virgule du choléra asiatique et du bacille commun du côlon.

Mais si certains microbes ne peuvent vivre dans le même milieu que d'autres, il peut se faire entre certaines espèces une association, une sorte de ligue dont la puissance est infiniment plus grande que celle d'une espèce isolée. Ainsi le streptocoque allié au pneumocoque produit la broncho-pneumonie infectieuse, le bacille de Loeffler et le streptocoque foudroient l'organisme par une infection rapide et irrémédiable. Le bacille de Koch peut aussi s'associer au streptocoque ou au staphylocoque pour produire des pleurésies purulentes intarissables.

III

ACTION DES TOXINES MICROBIENNES SUR LES MICROBES ET SUR CERTAINES AFFECTIONS NON MICROBIENNES.

Les toxines sont des substances complexes d'une puissance quelquefois effrayante et qui proviennent de colonies microbiennes en pullulation. L'activité même de ces substances les rend dangereuses à manier ; toutefois, grâce à leurs innombrables propriétés, on peut, à force de tâtonnements et d'expériences, arriver à en obtenir des effets fort remarquables. Les unes sont antiphlogistiques, par suite de leurs propriétés vasoconstrictives.

Gamaleïa et Charrin atténuent l'irritation produite par l'huile de croton sur l'oreille d'un animal, en injectant les toxines du pus bleu à cet animal.

Ces actions vasoconstrictives, qui retiennent les sérosités et les leucocytes, expliquent également pourquoi le professeur Bouchard et Charrin ont pu arrêter des hémorrhagies congestives grâce à ces substances ; il est probable

que, pendant que les capillaires sont rétrécis, une thrombose prend naissance, thrombose qui obture le vaisseau, au moment où le spasme fléchit.

C'est encore cette qualité qui permet de comprendre pourquoi Charrin et Teissier sont parvenus à relever la pression des convalescents de fièvre typhoïde ou des tuberculeux, en faisant pénétrer dans leur organisme ces toxines pyocyaniques ; or, il peut être bon de remédier à ces abaissements de pression, car ils sont parfois, chez les dothiénentériques, les avant-coureurs d'une perte sanguine.

D'autres toxines sont vaso-dilatatrices, comme la *tuberculine* de Koch, la *malléine*, etc.

Bien des expériences ont été tentées avec ces substances, et si toutes n'ont pas été concluantes comme thérapeutique directe, du moins elles ont servi à prouver qu'on possédait là un réactif d'une grande précision, permettant de traiter de fort bonne heure des affections latentes qui seraient demeurées encore des mois ignorées. Si tous les animaux qui réagissent à la tuberculine ou à la malléine, ne sont pas également tuberculeux ou morveux, si quelques-uns même ne le sont pas du tout, du moins possède-t-on dans ces toxines de précieux index, qui permettent de modifier les conditions d'existence ou même de traiter les malades douteux assez à temps pour être assuré du succès.

C'est dans un ordre d'idées analogue que l'on a cherché l'action directe de certaines toxines sur des microbes divers. Il y a des microbes, qui se tuent eux-mêmes par leurs propres toxines ; cela paraît être le cas des microbes des fièvres éruptives ; aussi leur vie est-elle éphémère, et les recherche-t-on en vain dans l'organisme malade, dès que les premiers symptômes se sont montrés. D'autres produisent des toxines nuisibles pour des espèces différentes de microbes.

Fraenkel, à l'aide des sécrétions du streptocoque, et surtout Rumpf (de Hambourg), en injectant à des typhiques après deux ou trois jours de culture, les bouillons partiellement composés de thymus dans lesquels avait vécu le bacille pyocyanogène, bouillons stérilisés par des chauffages successifs à 66°, ont observé des améliorations indiscutables. A coup sûr, les chiffres sont, de part et d'autre, insuffisants ; mais, ce qui importe davantage, c'est que les malades, qui avaient reçu, en tout, 4 à 6 c. c. de ces toxines pyocyaniques, ont présenté, à la suite d'une légère et passagère exacerbation, des abaissements notables et définitifs de température ; l'intelligence est devenue normale, la langue s'est montrée humide ; la durée du mal a été abrégée ; les patients ont offert l'aspect de convalescents.

IV

CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES.

Toutes ces constatations de laboratoire, toutes ces expériences en apparence spéculatives, ont de grandes conséquences thérapeutiques, et si l'on n'a pas encore trouvé les virus vaccinaux de toutes les maladies infectieuses, du moins est-on un peu plus éclairé dans les interventions thérapeutiques.

Il y a peu d'années, on croyait que la plupart des bactéries habitaient le sang, que la maladie était générale, parce que les agents, causes de cette maladie, se rencontraient partout. Aujourd'hui, l'expérimentation a enseigné que la plupart de ces agents se cantonnent dans une zone déterminée, passant dans la circulation, exceptionnellement, pour un temps donné, le plus souvent dans les dernières périodes de l'affection.

« La bactéridie chez l'homme, le pneumocoque, le bacille de Nicolaïer obéissent fréquemment à cette loi. De là l'indication précise de supprimer, de circonscrire ces sortes de cultures régionales.

« Cette indication devient encore plus impérieuse quand on est en présence d'un infiniment petit qui se trouve emprisonné dans une séreuse, dans une plèvre, dans un péritoine, dans un péricarde, dans une synoviale. C'est alors qu'il convient de déterger ces cavités, de les irriter artificiellement, de provoquer, par les révulsifs ou par d'autres procédés, les activités phagocytaires, d'injecter des substances antiseptiques, en particulier des substances peu solubles ; ces substances, déposées dans l'organe contaminé, ne s'échapperont pas pour aller altérer des cellules jusque-là indemnes ; elles séjourneront là où le thérapeute les aura introduites, demeurant en contact avec les parasites qu'il faut faire succomber. Or, chacun sait que la durée de ce contact a une réelle importance.

« En constatant que les microbes, dans les affections soit locales, soit surtout générales, agissaient par leurs produits solubles, les chercheurs ont apporté une notion considérable qu'il importe de ne pas perdre de vue dans le traitement des pyrexies.

« Ce jour-là, en effet, l'infection, pour une part, a été ramenée à une intoxication. Dès lors, on a dû songer à détruire, à éliminer les corps nocifs.

« En s'inspirant de cette donnée, on a mieux compris l'influence des transfusions, des lavages du sang, des boissons abondantes, en particulier dans la fièvre typhoïde, ainsi que le témoignent les faits rapportés par Maillard dans une thèse toute récente.

« La découverte du professeur Bouchard relative à l'élimination des toxines par les urines n'a-t-elle pas justifié, une fois de plus, les efforts mis en œuvre pour assurer la diurèse ? Dans la diphtérie, dans la dothiénentérie, l'expérimentation a consacré la démonstration première, réalisée en étudiant la maladie pyocyanique (1). »

Nous savons que certaines toxines ont une action puissante sur la dilatation et la constriction des vaisseaux, sur l'élévation ou l'abaissement de la pression, sur la sécrétion biliaire, gastrique, intestinale. Autant de points à surveiller dans le cours des affections microbiennes, afin de faire une thérapeutique rationnelle. Si la bactériologie a singulièrement agrandi le domaine de l'hygiène et de la prophylaxie, elle n'a pas diminué le territoire de la thérapeutique. Elle a d'une part expliqué et rendu logiques beaucoup d'anciennes méthodes, qui n'étaient guère appliquées auparavant que d'une façon empirique : telles les purgations, les substances diurétiques, tels les lavages intestinaux, tels les différents révulsifs. Elle a aussi introduit des indications nouvelles :

(1) *Semaine médicale*, n° 48, 1894.

1° s'opposer à la pullulation des germes et à la diffusion de leurs produits toxiques ;

2° s'opposer aux associations microbiennes et aux substitutions de microbes plus dangereux à des microbes modérément nuisibles, c'est-à-dire, en un mot, aux infections secondaires.

C'est ce double but que doit atteindre l'antisepsie médicale :

1° désinfecter rapidement la région où pullule primitivement le microbe, le pharynx pour la diphtérie, le poumon pour la pneumonie, le cœcum pour la dothiénentérie, les canaux biliaires pour l'ictère grave, etc...

2° désinfecter les surfaces intérieures et extérieures du corps, principalement du tube digestif, afin de s'opposer à la pullulation des autres germes, qui attendent l'occasion favorable pour s'unir aux germes déjà en activité. C'est là le but de l'antisepsie intestinale et buccale.

On a objecté que cette antisepsie était impuissante à faire périr tous les parasites qui pullulent dans ce canal. A la vérité, il serait peut-être téméraire de proclamer qu'il est aisé de stériliser totalement son contenu par les procédés habituellement mis en œuvre. Mais a-t-on oublié que, pour être utile en pareille matière, il n'est pas indispensable d'atteindre l'idéal ? L'expérience enseigne que les principes utilisés dans ces circonstances commencent par s'opposer au fonctionnement des microbes, restreignant ensuite leur pullulation, supprimant en troisième lieu leur existence.

C'est dans cet ordre d'idées que l'on doit administrer surtout les purgatifs, auxquels on peut ajouter le naphtol, le salicylate de bismuth, l'acide chlorhydrique, l'acide lactique, le calomel, le sublimé même, à très faible dose, les couleurs d'aniline (bleu de méthylène, violet de méthyl ou pyoctanine).

Nous avons déjà parlé de la sérothérapie à propos dos propriétés des toxines et nous avons vu que les toxines ou le sérum d'animaux inoculés avec les toxines microbiennes ont différentes actions : les unes agissent en provoquant de la part des cellules mêmes de l'organisme la formation de principes impropres au développement du microbe pathogène en train de pulluler ; telles les toxines antitétaniques, antidiphtériques, anticholériques, antirabiques ; les autres agissent comme des médicaments neutralisant l'action des toxines déjà en circulation, telles les toxines du bacille pyocyanique contre la dothiénentérie, ou contre certaines hémorrhagies congestives. L'avenir de cette méthode nouvelle est immense ; M. Pasteur et son école n'en ont qu'effleuré les premiers principes.

Il n'est pas jusqu'aux études, qui ont trait à l'action des agents atmosphériques, à celle de la lumière, de la température, de la pression, de l'oxygène, etc., sur l'évolution des parasites, sur la vie des cellules, qui n'exercent quelque influence dans ce domaine du traitement.

N'a-t-on pas sans cesse recours aux effets bienfaisants des radiations solaires pour aider à l'amélioration de la bacillose ? D'autre part, pour hâter la guérison des lésions locales, la chaleur n'est-elle pas à chaque instant utilisée ? Que d'exemples ne pourrait-on pas aisément ajouter à ceux que nous nous bornons à rappeler !

Enfin, il est une observation quotidienne que nous offre la nature et qui ouvre un horizon nouveau à la thérapeutique antimicrobienne. Quand l'organisme est envahi par les microbes, la nature emploie souvent un procédé fort remarquable pour débarrasser cet organisme de ses parasites ; elle forme des collections purulentes, des phlegmons, où vont pour ainsi dire se donner rendez-vous tous les microbes et leurs produits toxiques, ce sont les abcès naturels de fixation. Il est expérimentalement prouvé que, lors d'une infection générale intense, si l'on parvient à localiser en un ou plusieurs points bien limités, les colonies microbiennes en circulation, il suffit de débarrasser ensuite l'organisme de ces quelques foyers provoqués, pour obtenir la disparition complète de toute infection et par suite la guérison. Telle est la théorie des abcès de fixation de M. Fochier, de Lyon. En provoquant par des injections térébenthinées bien localisées des diapédèses abondantes de globules blancs et par suite des collections purulentes, on arrive à attirer dans ces sortes de « souricières » d'un nouveau genre, la plus grande partie des microbes et des toxines qui infectaient tout l'organisme. Ces abcès sont ouverts, lavés, drainés, minutieusement désinfectés et la guérison générale accompagne la guérison locale de ces abcès.

On ne peut réussir dans tous les cas, mais c'est une ressource suprême qui a des succès à son actif et qui est scientifiquement justifiée. — Ainsi, comme dit M. Charrin, qu'il s'agisse des infections locales, qu'il s'agisse des infections générales, les recherches de laboratoire éclairent les divers procédés de curation, aussi bien ceux qui consistent à employer des corps spécifiques, tels que les toxines, les principes bactéricides ou antitoxiques, que ceux qui s'adressent à la thérapeutique physiologique, aux indications dépendant de l'état des tissus, du jeu des organes, ou encore à des moyens plus vulgaires, comme la révulsion.

Dr PAUL HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les dangers de la profession médicale.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je viens de lire dans le numéro 33 du *Concours* la lettre du Dr L. de R. et les réflexions suggérées par cette condamnation.

Permettez-moi de venir apporter quelques arguments à la défense de notre malheureux confrère, ou plutôt, si le mot arguments est trop prétentieux, permettez-moi de venir vous raconter ce qui vient de se passer à X.

Monsieur Y., maire de la localité que j'habite, est en même temps pharmacien. Les haines politiques y sont très vives et les ennemis politiques de M. Y. n'avaient rien trouvé de mieux, que de l'accuser d'avoir *violé* et fait *avorter* une jeune fille de quinze ans.

Celle-ci se prêtant très bien à la chose, en même temps que sa famille, un roman a été brodé sur ce thème, et M. Y. apprend un jour, avec terreur, l'accusation formidable portée contre lui.

La condamnation de M. le Dr L. prouve que personne n'est à l'abri de pareilles machinations.

Heureusement pour le pharmacien de X. le juge n'a pas ajouté foi à cette accusation et a cherché à connaître l'exacte vérité.

L'examen médical a démontré qu'il n'y avait pas trace d'avortement ancien ou récent. Il n'y avait pas, non plus, trace de viol puisque, d'après la jeune fille, celui-ci aurait eu lieu un an auparavant.

Malgré tous ces faits, la jeune fille continuait à accuser le maire de viol et d'avortement. Le plus fort aurait eu peur en pareille circonstance et je vois aujourd'hui, qu'il ne suffit pas d'être innocent, pour être sûr de l'acquittement.

Enfin à la confrontation, la jeune fille a avoué tout ce qui s'était passé, a raconté au juge toute la machination épouvantable tramée contre le chef d'une famille honorable.

Elle a aussi avoué que les médecins avaient eu raison de déclarer qu'elle n'avait jamais avorté.

Sans cela, il est probable que nous aurions accompagné M. Y., sur les bancs de la cour d'assises.

Tels sont les faits qui viennent de se passer à X.

Le tribunal correctionnel n'a pas encore dit son mot contre les complices, aussi ayez la bonté de supprimer le nom du village et de l'intéressé, si vous publiez ma lettre.

Ce cas se rapproche beaucoup de celui du Dr L.. Il n'y a pas eu condamnation parce que le juge d'instruction a soigneusement cherché à connaître la vérité.

Si ces faits sont utiles, vous pouvez demander des renseignements, etc...

Veuillez agréer,

Dr C....

Médecin de colonisation.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous apprenons, avec stupeur, la mort malheureuse d'un jeune confrère, plein d'avenir, le Dr Martin de Gimard, qui a été tué par la foudre, pendant une ascension sur le mont Pilate, à Lucerne (Suisse). Martin de Gimard avait 36 ans; il était ancien chef de clinique aux Enfants Malades.

— Les *Annales de Médecine* nous apprennent que la Société médicale de Charleroi a mis au concours, sur la proposition de M. le docteur Moreau, la question suivante : *Faire l'étude des inconvénients des annonces des médecins dans les journaux politiques, etce, au double point de vue de l'intérêt des malades et de la correction professionnelle..*

Le concours est national. Les travaux doivent être écrits en français.

Un prix de cent francs sera attribué à l'auteur du mémoire couronné.

La clôture du concours est fixée au 1er novembre 1894. (*Bull. Méd.*)

— *Congrès d'hygiène et de démographie de Budapest.* — C'est le 1er septembre que se réunit à Budapest le huitième Congrès international d'hygiène et de démographie. Il semble devoir être fort important. Jusqu'ici on a déjà annoncé 725 communications dont 593 ressortissant à l'hygiène et 132 à la démographie.

26 gouvernements seront représentés par 92 envoyés officiels; 91 administrations par 163 délégués; 41 universités par 65 représentants et 162 sociétés par 300 de leurs membres. Au total on compte 290 corps officiellement constitués représentés par 620 envoyés venus des contrées et des villes les plus éloignées, depuis le Cap et la République Argentine jusqu'au Mexique et au Japon.

Au Congrès est annexée une exposition d'hygiène, et parmi les villes qui y prennent part on cite : Berlin, Hambourg, Brünn, Paris, Montpellier, Venise, Odessa, Alexandrie, Saint-Louis de Potosi, etc.

Parmi les orateurs qui se sont fait inscrire on relève les noms de MM. Leyden (Berlin) : *Des mesures à prendre par les grandes villes vis-à-vis des phtisiques* ; G. von Mayr (Strasbourg) ; *Statistique et science sociale* ; Herzberg (Berlin) : *Les devoirs des ingénieurs vis-à-vis de l'hygiène* ; Levasseur (Paris) : *Histoire de la démographie* ; Erlsmann (Moscou) : *La lutte contre la mort* ; E. Hart (Londres) : *Protection contre le choléra* ; Lombroso (Turin) : *Le criminel.*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 3936. — M. le docteur Dubronelle, de Warloy-Baillon (Somme), présenté par M. le Directeur.

No 3937. — M. le docteur David, de Claye-Souilly (Seine-et-Marne), membre de l'Association des médecins de Seine-et-Marne.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Récentes publications

Pathologie et Thérapeutique médicales.

GARROD (Dr Archibald-E.), médecin suppléant de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres. — *Traité du rhumatisme* et de l'arthrite rhumatoïde, traduit par le Dr Brachet. In-8 carré illustré de 410 gravures, 12 fr.

MONIN (Dr E.). — *L'hygiène et le traitement du diabète.* Vol. in-18 raisin, cartonné à l'anglaise, 3 fr.

MONIN (Dr E.). — *L'hygiène et le traitement des maladies de la peau.* 1 vol. in-18 raisin, cartonné, 3 fr.

Pathologie et Thérapeutique chirurgicales.

BOUGAN (Dr). — *Anthrax, son traitement*, 3 fr.

CASTUEIL (le Dr Emilien). — *Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers.* In 8 de 80 pages, avec une planche en couleurs, 3 fr.

E. DELAUNAY (le Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Des opérations conservatrices de l'ovaire.* Ignipuncture, résection partielle. In-8 de 50 pages, 2 fr.

GILIS (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Les fractures de la rotule*, 4 fr.

LARTAIL (le Dr Emile). *Des transplantations de peau* et de muqueuse animales sur les plaies de l'homme. In-8 de 30 p. 2 fr.

LE ROUX (le Dr). — *Etude sur les calculs de l'urèthre*, 3 fr.

MARIAGE (Dr Louis), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *De l'intervention chirurgicale* dans les inflammations péricœcales. In-8 de 80 pages, 2 fr. 50.

MENU (le Dr Charles). *Manuel opératoire de l'hystérectomie* appliquée au traitement des tumeurs de l'utérus. In-8 de 48 p. 2 fr.

RAOULT (Dr Aimar), ancien interne des hôpitaux, aide-préparateur au laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté de médecine de Paris. — *Etude sur les perforations de la membrane de Shrapnell.* In-8 de plus de 100 p. illustré, 4 fr.

RICHEROLLE (Dr), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Chirurgie du poumon.* Pneumotomie, pneumectomie, 4 fr.

VERGOUSTRE (Dr Adolphe), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Du traitement des fractures de l'olécrane par la suture.* 2 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année **N° 37** 15 Septembre 1894



LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

REJET DU POURVOI DU Dr LAFITTE

Les plaidoiries finissent ; la cour délibère. Nous sommes pleins d'espoir. M. Gauthier de Clagny a plaidé avec une mesure parfaite ; il a pu rappeler les faits de la cause ; il a exposé, d'une façon lumineuse, les moyens de cassation, recherchés avec passion. Ces moyens sont multiples ; mais les arguments contraires du *rapporteur* ne le sont pas moins.

A ce moment, l'avocat général, M. Melcot, prend à son tour la parole. Il parle longtemps et voici sa péroraison :

« *La Cour peut casser, doit casser l'arrêt de Seine-et-Oise ; il y a vice de forme ; il y a violation de la loi, violation formelle !* »

Et c'est le représentant de la loi, le gardien de la fidèle observation des formes judiciaires qui parle ainsi. La cause de l'innocent va triompher ; on le jugera de nouveau.

On conçoit notre soulagement, notre joie, celle des confrères et des amis de l'accusé... Nous avons fait, avec eux, avec l'avocat, tout ce qu'il était humainement possible pour disposer favorablement les juges de la Cour.

Nous passons une heure et demie sous cette impression et la longue délibération achevée, la Cour rentre en séance. Elle rend son arrêt.

La terrible sentence affirme que l'avocat général a tort, que le jugement est irrévocable. Qu'on juge des impressions ressenties par tous les assistants !

Monsieur le Dr Lafitte :

Vous étiez, jusqu'à cette heure, présumé innocent, puisqu'il vous restait un moyen de réclamer justice ! Désormais vous êtes un condamné.

Mais pour vous, pour vos cinq enfants, pour votre famille, les manifestations de toute nature dont vous avez été l'objet, ne seront pas vaines ; le mouvement de sympathie pour votre cause juste, ira sans cesse grandissant. C'est le commencement de cette *réhabilitation* qu'on recherchera avec persévérance, après avoir obtenu votre grâce.

Chers confrères :

Nous avions tous le devoir de défendre un innocent et notre foyer médical. La période de défense est close par un arrêt que nous ne devons pas qualifier. Chacun a fait son devoir, de son mieux ; chacun a passé par les cruelles alternatives d'espoir et de désespérance.

Il s'agit, maintenant, de réparer, dans une large mesure, ce que nous sommes tous fondés à considérer comme une mémorable erreur judiciaire. La justice s'est montrée impitoyable, implacable, lorsqu'on s'efforçait de lui prouver qu'elle s'était peut-être trompée. Un de ses plus hauts représentants lui disait : On a violé la loi, cassez le jugement ; on a nui à l'accusé, renvoyez-le juger à nouveau.

Et la justice a été sourde à cet appel, dont tout l'auditoire ressentait l'éloquence !

La grâce pour un innocent, père de cinq enfants, équivaut à la mort. Nous n'en vou-

lions pas entendre parler *hier*. C'est faire un mauvais usage de la grâce, disait un membre de l'*Association de la presse médicale*, à un conseiller, que de l'accorder aux innocents ; elle est faite pour les criminels !

Confrères, nous allons tous, *aujourd'hui*, rechercher la grâce et la réhabilitation... c'est notre devoir. Faudra-t-il aussi rechercher les responsabilités ?

L'avocat en cassation de M. Lafitte a rédigé, sur-le-champ, le recours en grâce.

On fera toute la diligence que comporte l'absence de tous les représentants autorisés du Corps médical. On espère que tous ses défenseurs naturels payeront de leur personne et mériteront, ainsi, les hommages qu'on leur rend chaque jour.

Combien le sentiment de justice des humbles est supérieur à la grande justice officielle, celle que figurent les deux sourds et féroces lions qui décorent le grand escalier de son palais !

Ces humbles, dont nous sommes, auraient obéi aux sommations de l'avocat général de la Cour de cassation et renvoyé M. Lafitte devant une autre Cour, qui lui aurait fait justice.

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

La sérothérapie de la diphtérie.

Un gros événement s'est produit au Congrès d'hygiène de Budapesth la semaine dernière, et tous les journaux politiques l'ont déjà lancé à grand renfort de « grosse caisse ». Ce n'est certes pas la faute de l'auteur, car il est la modestie même, comme son éminent maître. Cet événement est la communication de M. *Roux*, le digne élève de M. *Pasteur*, sur la sérothérapie de la diphtérie. Certes la guérison de la diphtérie est un ardu problème à résoudre et celui qui en aura obtenu la solution parfaite méritera bien cette statue d'or que Velpeau offrait d'avance à celui qui guérirait l'érysipèle et l'infection purulente. Aussi, ne nous enthousiasmons pas trop vite de peur de faire subir à la découverte de M. Roux le sort de celle de Koch sur la tuberculine, et examinons posément les faits ; surtout convertissons nos clients à notre scepticisme et ne nous laissons pas influencer trop tôt par les idées qu'ils auront adoptées sans contrôle d'après leur journal politique.

Behring et *Kitasato* ont été les premiers à constater et à enseigner la possibilité d'immuniser les animaux contre une maladie infectieuse (tétanos, diphtérie) par l'injection à ces animaux de sérum d'animaux déjà immunisés. Depuis 1891, M. Roux étudie avec patience les moyens d'immuniser les animaux et par suite l'homme par le sérum antidiphtérique contre la diphtérie.

Or, voici les résultats obtenus :

Sur 100 angines diphtériques traitées, la mortalité a été de 21 ; soit 12,4 %. Sur 10 croups non opérés et injectés, 1 mort. Sur 121 croups opérés, 56 décès, soit 46 % ; dans ce nombre il faut mettre à part : en premier lieu 49 croups diphtériques purs, avec 15 décès, mortalité 30,9 % ; en second lieu, 9 croups diphtériques avec association de petits cocci, un décès ; en 3e lieu, 11 croups avec staphylocoques, 7 morts, mortalité 63 % ; en 4e lieu 52 croups avec streptocoques, 33 décès, soit 63 % de mortalité ; ce sont les deux variétés les plus graves, de beaucoup.

En somme, trois cents enfants atteints de diphtérie certaine et traités par le sérum antidiphtérique, ont donné une mortalité de 26 %, au lieu de 50 % qui était la mortalité ordinaire.

Peut-on avoir mieux encore ? Nous sommes convaincu que cela est possible. Mais cette amélioration nouvelle, aucun médicament ne la donnera, elle sera la conséquence d'une meilleure organisation des services. Nous craignons beaucoup qu'on ne mette plus de temps à la réaliser qu'on a mis à découvrir la sérumthérapie.

« C'est le 1er février 1894 qu'ont été commencées les injections de sérum antitoxique. Il n'a

FEUILLETON

Historique des Syndicats médicaux et de l'Union des Syndicats.

(*Suite et fin.*)

Le 9 novembre 1890, le Dr Barat-Dulaurier, devenu Président de l'Union, annonçait la mort de M. Marguerritte, et, après avoir payé un juste tribut d'éloges à ce vaillant confrère, il disait :

« S'il était besoin de vous montrer quelle est la puissance de la persévérance, je vous dirais : voyez ce qui s'est passé autour de nous, dans le monde médical lui-même. Dans les premiers moments, les Syndicats ont soulevé des protestations violentes et une réprobation qu'il pouvait paraître dangereux de braver ; vous savez ce qui est résulté de toutes ces prophéties de malheur, qui avaient cours alors ! Les syndicats ont voulu vivre et ils ont reçu la consécration du temps ! »

Mais la situation restait la même, l'existence légale était refusée aux syndicats médicaux. Dans sa proposition de loi sur l'exercice de la médecine, Chevandier avait introduit un article spécial qui la leur accordait, mais la discussion ne venait pas et certains recommençaient à désespérer du succès quand, le 19 mars 1891, la Chambre des Députés, abordant enfin cette discussion, votait l'article suivant :

« *A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en Associations Syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1894.* »

Cela paraissait tellement naturel à nos honorables Députés que l'article passait sans discussion et sans scrutin.

C'était au tour du Sénat à se prononcer, et franchement, l'exercice de ce droit naturel d'association pour les médecins, comme pour les autres étrangers, ne semblait pas menacé.

Nous ne tenions pourtant pas encore le succès.

Nos Pères conscrits ne parurent pas étonnés — d'autres l'ont été — d'entendre le sénateur de la Seine Tolain demander quel intérêt pouvaient avoir les médecins à se syndiquer ; pour lui, il ne voyait pas cet intérêt et, par contre, il voyait des inconvénients — il n'a pas dit lesquels d'ailleurs — si seulement,

été fait aucun choix, de sorte que les résultats bruts des mois de traitement peuvent être mis en regard de ceux que l'on avait avant, ils sont comparables. Rien n'a été changé aux soins donnés aux malades, le traitement local est resté le même (glycérine et acide salicylique, lavages à l'eau boriquée, etc.) ; le sérum est le seul élément nouveau introduit, c'est donc à lui qu'il faut attribuer les changements survenus.

« Le sérum était fourni par des chevaux immunisés ; son activité était comprise entre 50,000 et 100,000, c'est-à-dire qu'un cobaye qui en reçoit 1/50,000 de son poids supporte, douze heures après, une dose de virus vivant ou de toxine, capable de tuer en moins de trente heures des cobayes témoins. Ceux qui ne reçoivent que 1/100,000 de leur poids ont une survie de six à quinze jours. Un centimètre cube de toxine mélangé à 1/10 et même à 1/30 de centimètre cube de sérum devient tout à fait inoffensif pour les cobayes ; injecté dans le tissu cellulaire, il ne donne pas d'œdème.

« A tous les enfants admis à l'hôpital, nous donnions systématiquement 20 c. c. de sérum, en une seule piqûre, sous la peau du flanc. Si l'examen bactériologique établissait que le malade n'était pas diphtérique, l'injection n'était pas renouvelée. 128 enfants atteints d'angines diverses ont été ainsi traités sans le moindre inconvénient ; il nous a même semblé que dans bien des cas leur angine était améliorée. Ils sont restés quelques jours dans le pavillon exposés à la contagion, sans être contaminés. C'est là une expérience qui démontre la valeur prophylactique du sérum.

« Lorsque l'injection est bien faite et dans le tissu sous-cutané, elle n'est pas douloureuse, en quelques instants, le sérum est résorbé. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a aucune réaction locale ; si les précautions antiseptiques ont été négligées, il se produit une rougeur qui s'efface en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Trois fois seulement, nous avons eu un abcès qui a guéri rapidement après avoir été incisé. Chez les diphtériques, vingt-quatre heures après la première injection, nous en faisions encore une autre de 20 ou de 10 c. c. qui était en général suffisante pour conduire à bien la guérison. C'est le pouls et la température qui nous servaient de guide ; si celle-ci se maintenait élevée, nous injections encore 20 ou 10 c. c. Le poids moyen des enfants traités est de 14 kilogrammes, de sorte que dès la première injection, ils recevaient un peu plus du millième de leur poids de sérum. La quantité minima employée pour le traitement d'une diphtérie a été de 20 c. c. et la quantité maxima de 125 c. c. Les enfants ont en général reçu plus du millième de leur poids de sérum, et dans quelques cas exceptionnels presque le centième. Pendant la convalescence, quelques jours après l'injection du sérum, il survient des éruptions, quelquefois mal définies, mais le plus souvent semblables à l'urticaire. Ces éruptions, qui ne s'accompagnent d'aucune fièvre, sont dues au sérum. A côté de celles-ci, il en est d'autres qui provoquent un mouvement fébrile, elles se remarquent surtout dans les diphtéries avec association, elles nous paraissent devoir être rangées parmi les érythèmes infectieux, fréquents après les angines.

« Les accidents consécutifs à la diphtérie sont plus rares chez les traités par le sérum. Nous avons eu quelques paralysies du voile du palais, de peu de durée, un cas de paralysie d'un membre inférieur, et un autre de paralysie généralisée chez un enfant de neuf ans, entré au sixième jour de la maladie avec angine, jetage et pâleur de la face. La paralysie est survenue trois semaines après la guérison et l'enfant est mort en mangeant un biscuit ; des parcelles ayant pénétré dans la trachée ont causé l'asphyxie. Trois enfants sont morts de syncope, l'un, moins de vingt-quatre heures et l'autre moins de vingt-six heures après l'entrée ; le dernier, qui avait eu la rougeole, a succombé cinq jours après le début du traitement. » (1)

Nous nous contenterons, pour aujourd'hui, de ce rapide résumé, nous réservant d'y revenir à nouveau au fur et à mesure que nous constaterons les progrès de cette découverte.

---

(1) Communic. in *Bull. Méd.*

---

ajoutait-il, les malades pouvaient se constituer en syndicats pour résister aux médecins, peut-être accepterait-il la proposition !

Il ne se rappelait certainement pas, que huit ans auparavant, jour pour jour, alors qu'il était lui-même rapporteur de la loi sur les syndicats professionnels, il disait textuellement dans la péroraison de son discours : *En un mot, toute personne qui exercera une profession, aura le droit de se servir de la nouvelle législation que vous allez voter.*

De son côté, M. Hervé de Saisy trouvait que les Syndicats médicaux ne pouvaient avoir qu'un but : exagérer les inconvénients du monopole de l'exercice de la médecine.

« Les Syndicats, disait-il, doivent concourir à l'établissement de produits déterminés, je demande à messieurs du Corps médical, où sont leurs produits déterminés. »

Et c'est grâce à des arguments de cette force, qu'en dépit des efforts du Dr Lesouef, le Sénat repoussait l'article relatif aux Syndicats médicaux par 111 voix contre 110.

Encore une fois, nous étions battus.

Heureusement, la loi devait subir une seconde lecture.

Le Conseil de Direction du Concours médical et le Bureau de l'Union, unissant leurs efforts, faisaient immédiatement des démarches près du Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, du Directeur de la santé publique M. Monod, du rapporteur M. Cornil, de l'infatigable Dr Chevandier, de M. Trarieux, qui nous avait promis le concours de son éloquente parole et de nombreux sénateurs.

Ces instances eurent pour résultat de faire examiner à nouveau la question, et un texte transactionnel fut proposé :

A partir de l'application de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, le département ou la commune.

A la réunion commune du Bureau de l'Union et du Conseil de Direction du Concours médical, la déception fut grande. Quoi ! c'était à cette solution bâtarde, que devaient aboutir tant d'efforts, que devaient se heurter tant d'espérances !

On se demanda s'il ne valait pas mieux abandonner la partie et attendre des jours meilleurs. Seul le Dr Gassot soutint qu'il fallait accepter la rédaction proposée, il démontra que, même dans

Moyens de prévenir la cécité chez les nouveau-nés.

Le nombre des aveugles ou des borgnes, dont l'infirmité est due à l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, est si considérable depuis quelques années que l'Académie a cru devoir inscrire cette maladie sur la liste des affections contagieuses à déclarer, et que nous nous permettons de revenir un peu sur les principaux moyens à employer pour prévenir cette atroce infirmité.

1° *Soins que doit prendre la mère.*

Toute femme, *même bien portante*, qui va devenir mère doit, lorsque le terme approche, faire chaque jour une injection vaginale et un lavage extérieur, avec de l'eau boriquée. Lorsqu'elle est sujette à des pertes blanches, elle doit consulter son médecin.

2° *Soins à donner à l'enfant.*

Aussitôt après la naissance et avant tout lavage, il faut nettoyer soigneusement le bord des paupières et tout leur voisinage, enlever toutes les mucosités, par un lavage à l'eau boriquée, au moyen de petits tampons d'ouate bien propre ; essuyer ensuite avec de l'ouate propre et sèche. A chaque toilette de l'enfant, on commencera par les yeux toujours avec de l'eau boriquée. Les mains de la personne chargée de ces soins doivent être savonnées, lavées et essuyées, avec un linge propre, avant de toucher l'enfant. Tout ce qui approche des yeux de l'enfant doit être absolument propre. L'ouate qui a servi pour les yeux, doit être brûlée à chaque fois. L'eau, les linges, éponges ou tampons qui ont servi à la mère ne doivent, sous aucun prétexte, approcher de l'enfant.

L'air de la chambre sera tenu aussi pur que possible. On n'y fera jamais sécher aucun linge.

Rappelons ici l'excellent procédé imaginé par le Dr *Valude*, qui donne toujours de magnifiques résultats ; nous voulons parler de la simple insufflation de poudre d'iodoforme très fine dans chaque œil, aussitôt après la naissance. Ce moyen n'a pas le moindre inconvénient et n'a que d'incontestables avantages, nous le recommandons par expérience personnelle.

3° *Ce qu'il faut faire quand la maladie est déclarée.*

Lorsque les paupières rougissent, enflent, sont collées par leurs bords pendant le sommeil, et que les pleurs sont mélangés d'humeur, il faut courir à l'oculiste, au médecin ; chaque heure de retard augmente le danger. En attendant, il faut : toutes les demi-heures, nettoyer les yeux avec des tampons d'ouate et de l'eau tiède boriquée ; bien ouvrir les paupières et faire couler l'eau sur l'œil lui-même pour entraîner toute l'humeur. On se lavera les mains avant de faire ce lavage et après l'avoir fait. L'ouate qui aura servi sera brûlée sur-le-champ.

Il ne faut ni embrasser l'enfant, ni se servir de quoi que ce soit qui ait été employé pour ses yeux et son visage.

Tout l'entourage doit être informé du danger qu'il court de contracter la maladie. Il ne faut pas écouter les personnes qui disent que ce n'est rien et qu'il n'y a qu'à laver les yeux de l'enfant avec le lait de la mère. Ces conseils sont nuisibles et font perdre un temps précieux, en retardant l'emploi des moyens qui peuvent sauver la vue de l'enfant.

Il n'y a plus alors qu'à recourir au spécifique de l'ophthalmie, le nitrate d'argent au 1/30.

REVUE DES CONGRÈS

Nous avons annoncé, à notre Reportage médical, les nombreux congrès, qui se sont tenus au mois d'août dans différentes villes de France et nous tenons à exécuter notre promesse d'en rendre compte, au moins sommairement, d'autant plus que de nouveaux congrès sont encore à l'horizon pour les mois de septembre et d'octobre et que nous ne saurions laisser accumuler tous ces comptes rendus sans encombrement préjudiciable. Nous aborderons donc aujourd'hui l'étude des congrès du mois d'août.

I.

Congrès de Caen.

Le congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, l'A. F. A. S., n'a pas

---

ces conditions, les Syndicats pouvaient rendre la plupart des services qu'on attendait d'eux, que les cas seraient bien rares où les Syndicats seraient tentés d'user de leur personnalité civile contre l'Etat, les départements ou les communes, et il apporta dans sa démonstration une ardeur si communicative, qu'il amena successivement tous les membres présents à partager sa conviction.

Une lettre fut adressée à tous les sénateurs, les conjurant d'adopter le nouvel article.

Tous se rappellent la brillante intervention de M. le sénateur Trarieux, qui enlevale vote.

Nous avions enfin gain de cause ! Les syndicats médicaux pouvaient vivre au grand jour, ils avaient l'existence légale et en même temps qu'eux, cette Union qui, au milieu de conditions souvent précaires, n'avait cessé de lutter et avait certes bien mérité du corps médical.

Tel est le résultat de cette lutte, qui a duré près de dix années.

Nous ne pouvons, en terminant, que rendre hommage à tous ceux grâce auxquels nous avons triomphé : à M. Marguerite, qui a émis l'idée des syndicats médicaux ; au Dr Mignen qui a réalisé le premier syndicat ; à tous ceux qui ont vulgarisé l'idée et ont défendu les premiers syndicats fondés ; au Dr Cézilly, qui lutte si vaillemment pour toutes les œuvres professionnelles dans le *Concours médical* depuis quinze années et qui a fait sienne véritablement l'œuvre de la création des syndicats ; aux présidents et aux membres de ces syndicats qui n'ont jamais désespéré et, en dépit de toutes les insinuations et de toutes les attaques, n'ont jamais rompu leurs rangs, aux membres enfin du Bureau de l'Union, qui se sont vraiment multipliés et auxquels on peut rendre cette justice qu'ils n'ontrien négligé de ce qui était possible.

Les syndicats ont triomphé, ils existent légalement. Mais, pour eux, l'ère des difficultés est loin d'être terminée. Qu'ils s'efforcent de faire le plus de bien possible, c'est ainsi qu'ils justifieront la bonne idée que, dès le premier jour, on a eu d'eux. Et surtout qu'ils n'oublient pas que les résultats ne dépendent que d'eux-mêmes et de la direction qu'ils se donneront.

Dr H. Lécuyer,

secrétaire-général de l'Union des Syndicats.

présenté cette année un bien grand intérêt médical. A vrai dire, chaque congrès souffre un peu aujourd'hui du nombre des autres et de la distance des villes où ils se tiennent. Il est bien clair qu'on ne peut être à tous à la fois. Chacun choisit le congrès où il se rendra, autant d'après la région qu'il a envie de visiter par la même occasion, que d'après la spécialité à laquelle se rattache telle ou telle communication.

Les congrès deviennent trop des promenades et pas assez des rendez-vous de travail sérieux.

A Caen, cette année, nous remarquons parmi les communications médicales, la conférence de M. le Dr *Le Gendre* et la réponse de M. le Dr *Just Championnière*, sur les avantages et les inconvénients de la bicyclette. M. *Le Gendre* insiste sur les graves accidents qu'amène l'abus du sport vélocipédique ; M. *Championnière* voit au contraire dans la bicyclette, non seulement pour l'homme, mais encore pour la femme, le meilleur instrument pour l'entraînement, pour le développement musculaire ; si on agit raisonnablement, il assure qu'on obtiendra chez l'homme comme chez la femme, pour la santé, des résultats qui seront fort remarquables.

On verra, par exemple, se produire, avec une rapidité très manifeste, le développement du thorax et surtout le développement des muscles. Les muscles des bras, les muscles de l'épaule et du cou durcissent et prennent un développement tout à fait extraordinaire. Ce remarquable développement musculaire se produit chez la femme en même temps que s'établit une curieuse résistance à la fatigue, et l'on obtiendra à cet égard des résultats qui sont encore tout à fait inattendus.

« Pour une femme jeune, alerte, pas trop pesante, la bicyclette se présente comme l'exercice idéal. Mais je suis convaincu, pour ma part, que l'on ira plus loin. Après avoir reconnu que la bicyclette fait, à la femme qui s'y adonne, du bien et non du mal, on verra qu'on peut de cet appareil tirer un parti excellent pour bien des maladies, celles surtout qui résultent du ralentissement de l'activité de la nutrition. On lui demandera la guérison d'une foule de types d'accidents nerveux qui ne nous embarrassent tant chez la femme que parce que nous ne savons sous quelle forme lui imposer l'activité musculaire ; on pourra lui demander de s'opposer au développement de l'obésité précoce, etc.

Ce qui empêche les femmes d'utiliser la bicyclette, c'est d'abord la difficulté qu'il y a de faire adopter une mode ou une pratique nouvelle. C'est aussi qu'un grand nombre de ceux qui parlent de l'exercice et de l'instrument ne le connaissent guère. »

M. *Bouchard* est fort partisan aussi de tous les genres de sport ; mais il fulmine contre les concours et les luttes de vitesse pour les sujets non entraînés et insuffisamment constitués.

« Il est absolument inadmissible qu'on soutienne que les exercices physiques n'ont pas leurs dangers ; ces dangers existent réellement, et ils sont de deux ordres, procédant, les uns, de l'acte physique qui s'effectue dans tout travail musculaire, les autres des actes chimiques qui sont réalisés dans ce même travail.

« Au point de vue physique, nous savons que pendant le travail musculaire, nous n'arrivons pas à conserver un degré thermique constamment invariable et qu'il se produit généralement une élévation plus ou moins considérable de la température de notre corps, pouvant atteindre 39°, 40° et même 41° dans certains cas. La conséquence, qui résulte de cette augmentation de température peut avoir des effets immédiats ; c'est ce qui se produit dans le *coup de chaleur*, qui fait si souvent des victimes dans nos armées. Lorsque la mort n'est pas le résultat de cette élévation exagérée de la température, il n'y en a pas moins un danger certain à s'y exposer, au point de vue des effets ultérieurs, notamment lorsque l'hyperthermie des centres nerveux amène la dyspnée, c'est-à-dire le besoin de respirer vite qui constitue la dyspnée modératrice de la température de Lorain, inoffensive pour quelques-uns, mais non supportée impunément par ceux qui présentent la moindre tare antérieure, la moindre défectuosité du côté du cœur et des poumons. C'est ainsi que l'on peut voir, sous l'influence du surmenage physique, des troubles purement fonctionnels d'abord faire place ultérieurement à des défectuosités matérielles, constituant de véritables lésions pulmonaires ou cardiaques.

« Si nous cherchons maintenant à nous rendre compte des inconvénients d'ordre chimique pouvant résulter de l'abus des exercices physiques, il convient de se demander si l'excès de destruction de matières qui résulte de cet abus ne constitue pas dans certains cas un réel danger. L'effort musculaire se traduit normalement par la destruction d'une certaine quantité de matière ; tant que cette quantité n'est pas exagérée, il n'en résulte aucun inconvénient, mais dès qu'il se fait une destruction trop considérable des matières constitutives des cellules, l'affaiblissement de l'organisme ne tarde pas à se manifester, le surmené voit ses forces diminuer et il est exposé à ce moment à devenir plus facilement la proie des maladies, en particulier des maladies infectieuses.

« On sait la fréquence de ces affections, notamment du typhus, de la fièvre typhoïde, dans les armées en campagne, et l'on peut dire que la fatigue est la cause des maladies infectieuses, parce qu'elle détruit les moyens de défense de l'organisme contre les agents infectieux. Nous voyons constamment des sujets, qui se livrent à un exercice exagéré de la bicyclette, bénéficier un certain temps de cet exercice, maigrir, puis dépasser un degré normal d'amaigrissement et devenir malades ; j'en ai vu, pour ma part, des exemples frappants.

« Lorsqu'on discute sur l'éducation physique, on ne saurait trop, contrairement à une idée vulgaire des plus fausses, insister sur ce fait que l'on ne remédie pas à une fatigue intellectuelle par une fatigue physique, celle-ci venant simplement se surajouter à la première.

« En résumé, nous ne demandons pas qu'on limite les exercices physiques ; nous voulons seulement qu'on empêche les abus, qui sont la conséquence des concours. Si l'on veut laisser aux enfants une certaine liberté dans le choix de leurs exercices, il est indispensable d'exercer une réelle surveillance de façon à défendre aux débiles les exercices qui ne sauraient leur convenir, et il est du devoir de l'Etat, vis-à-vis des familles qui lui confient leurs enfants, de faire

examiner ceux-ci, avant de les laisser se livrer à des exercices physiques qui peuvent être exagérés.

« En un mot, si vous voulez maintenir les concours, je ne vous demande qu'une chose, c'est d'empêcher d'y prendre part tous les enfants qui, après une épreuve, accusent 160 pulsations à la minute. »

MM. *de Coubertin* et *Alglâve* soutiennent la nécessité d'abolir les concours et les exercices de surmenage tant intellectuel que physique.

M. *Dekhterew*. — Nous avons, en Russie, admis entièrement ce principe, au point de vue physique, et les concours sont absolument bannis de l'éducation physique, de même que les exercices violents ne sont permis qu'après un examen médical soigneux.

M. *L. H. Petit* insiste sur le danger des exercices sportifs prématurés dans la convalescence des maladies infectieuses, surtout au point de vue des altérations cardiaques. MM. *Bergonié*, de Bordeaux, et *Tissié* relatent les résultats des expériences qu'ils ont entreprises l'un au point de vue électrique, l'autre au point de vue urinaire, chez des hommes surmenés par le sport vélocipédique et la course ; ils ont noté de grandes variations, mais un rétablissement parfait après le repos. M. *L.-H. Petit* fait remarquer les heureux effets de la gymnastique sur la dilatation stomacale et les déviations du rachis (scoliose, cyphose) qui dépendent de la dilatation stomacale.

M. *Le Gendre*, qui est un ardent partisan de la méthode *réfrigérante*, rapporte l'histoire d'un enfant de 7 ans qui, au cours d'une bronchopneumonie, fut atteint de néphrite aiguë avec hématurie et oligurie, et dont il obtint la guérison par les enveloppements froids réitérés du thorax et les lavements froids. Il rapporte aussi l'observation d'une malade qui au 19e jour d'une scarlatine fut prise d'accidents cérébraux graves ; coïncidant avec une oligurie sans albuminurie. Les bains tièdes et les lavements froids la guérirent.

M. *Galliard* rapporte la relation d'une épidémie de choléra, qui frappa *Sivas*, petite ville d'Asie-Mineure avec une assez rare violence, et qui s'éteignit rapidement, sans qu'on ait rien fait de sérieux pour s'en débarrasser. Du 15 avril au 1er juin, on nota 5,000 cas et 1,500 décès, soit une morbidité de 14.3 % et une mortalité relativement faible de 33.3 %. Malgré la promiscuité des individus, malades et sains, entassés pêle-mêle dans les demeures basses et malpropres, malgré l'absence presque complète de désinfection, le choléra a cédé au moment où la température atmosphérique s'élevait et où l'humidité de l'air diminuait.

M. *Charrin* insiste sur la fréquence de l'entérite pseudo-membraneuse et sur sa forme cachectique, qui la fait souvent prendre pour une entérite tuberculeuse ou pour le cancer intestinal.

La médication qui lui a fourni les améliorations les plus prononcées est l'acide lactique, concurremment avec les irrigations larges, répétées, au nitrate d'argent et avec un régime approprié.

La survie, dans ces cas, est considérable, plus considérable que ne paraîtrait le faire croire l'apparence cachectique des malades. En dépit de leur amaigrissement, ils vont et viennent quelque peu, pendant des années, à moins qu'une maladie intercurrente n'abrège cette période de leur existence.

De ses expériences et observations personnelles, sur l'hypertrophie de la prostate, le Dr *Launois* tire les conclusions suivantes :

La double castration chez les animaux ou chez l'homme détermine une atrophie considérable de la prostate et des vésicules séminales ; lorsque la prostate est hypertrophiée, la castration double est suivie d'une atrophie de la glande, de sorte que, chez l'homme, cette opération peut devenir une méthode curative dans certains cas de dysurie mécanique par hypertrophie de la prostate.

M. *Hallopeau*, de l'hôpital Saint-Louis, combat l'enthousiasme du Dr *Bouffé* pour le traitement du psoriasis par les injections de liquide organique, testiculaire ou autre. Tous les traitements peuvent être bons, mais aucun ne guérit sûrement le psoriasis, qui a des variations naturelles considérables et peut paraître guéri pendant quelques semaines d'accalmie.

M. *le Dr Bérillon*, de Paris, décrit en détail les *phobies neurasthéniques*, qui ont, dit-il, généralement un caractère professionnel.

Il n'y a pas lieu d'être surpris du caractère spécial de ces phobies ; on connaît, en effet, la tendance des divers spasmes fonctionnels à se localiser dans les muscles particulièrement mis en exercice dans les diverses professions.

L'indication fondamentale du traitement des phobies neurasthéniques consiste à supprimer les causes de l'épuisement nerveux et à suspendre les occupations professionnelles. Malheureusement, beaucoup de neurasthéniques se trouvent dans l'impossibilité matérielle de renoncer à leur profession et de se soumettre aux prescriptions d'une hygiène rationnelle. C'est dans ces cas-là que l'emploi de la psychothérapie est nettement indiqué, et le traitement suggestif a donné dans des cas de ce genre des résultats très remarquables. Il est juste de dire que la guérison des troubles psychiques de la neurasthénie ne saurait être obtenue sans la mise en œuvre d'une patience infinie et d'une énergie qu'aucune défaillance de ces malades ne saurait décourager.

D'ailleurs, comme le fait observer M. *Tissié*, de Bordeaux, la première indication dans le traitement des neurasthéniques psychiques consiste à leur imposer un repos absolu ; la pratique de l'hypnotisme est difficile et nécessite des études spéciales, ainsi qu'une connaissance approfondie des réactions mentales du malade ; des suggestions trop actives peuvent donner lieu à des accidents.

M. *Cautru*, de Paris, insiste sur l'efficacité du massage stomacal dans les dyspepsies et particulièrement dans la dilatation stomacale.

M. de *Backer* donne les résultats de sa thérapeutique mycodermique.

MM. *Rouveix* et *Darin* rapportent chacun une observation de guérison de tumeur par l'électrolyse : un fibrome utérin et un épithélioma facial.

M. *Guelpa* expose sa théorie absolument personnelle sur la nature des fausses membranes diphtériques et sur leur traitement. La fausse membrane n'est pas le milieu de culture des bacilles de Loeffler ; au contraire, elle constitue

une barrière qui s'oppose à leur invasion dans l'organisme. Dans le traitement de la diphtérie, on doit donc renoncer aux moyens plus ou moins barbares de destruction de la fausse membrane ; il faut, au contraire, avoir soin d'en respecter l'intégrité et diriger l'énergie du traitement contre l'élément pathogène là où il pullule, c'est-à-dire dans la salive et dans les mucosités des voies aériennes.

Lorsque la diphtérie est simple, c'est-à-dire presqu'exclusivement à bacilles de Lœffler, les lavages abondants avec des solutions antiseptiques très diluées et chaudes forment la base de l'action thérapeutique et sont presque toujours suffisants.

Quand la diphtérie, par le fait de l'association microbienne, surtout streptococcique, prend la forme grave, les mêmes lavages sont encore indispensables ; mais il est nécessaire d'y ajouter l'administration interne de l'iodure de potassium et les injections endo-amygdaliennes de liqueur de Van Swieten, dans le but de modifier l'état osmotique des muqueuses et de s'opposer autant que possible à la septicémie.

Dans le croup, dès que le diagnostic est certain, il faut pratiquer immédiatement la trachéotomie ou bien placer, au moyen d'un petit trocart, un drain résistant dans la trachée, dans le but de diluer et d'évacuer les mucosités contenant l'élément pathogène par l'irrigation des voies aériennes.

Pour que les lavages soient vraiment utiles et sans danger, il faut les faire le malade étant renversé la tête en bas.

M. *Hallopeau* proteste contre cette opinion et, comme généralement, une angine est d'autant plus grave qu'il y a plus de fausses membranes, il veut qu'on continue à nettoyer avec soin toutes les fausses membranes et à les enlever consciencieusement.

M. *A. Guérin* fait observer la tendance presque inévitable des brûlures à se cicatriser par un tissu rétractile, malgré l'application parfaite des antiseptiques aujourd'hui connus. Or, d'après ce chirurgien, la compression élastique est le seul moyen qui soit propre à engendrer une cicatrice non rétractile, en même temps qu'elle est l'agent le plus efficace contre la douleur. La compression élastique est facilement tolérable. C'est d'ailleurs seulement par des essais souvent répétés que l'on parvient à produire une compression efficace, qui, au lieu d'être pénible, calme presque instantanément les douleurs de la brûlure. Lorsqu'une cicatrice s'est opérée sous la compression élastique, elle est douée pour toujours de la mollesse d'une peau normale.

D'après M. *F. Regnault*, de Paris, il y a deux ordres de causes pour l'ongle incarné.

D'abord, le lymphatisme ; les personnes lymphatiques, qui ont un ongle petit et plat et un gros orteil épais, sont très sujettes aux ongles incarnés. L'état constitutionnel est alors tout, la chaussure ne jouant qu'un rôle secondaire.

En second lieu, le traumatisme et la malpropreté, qui permettent la culture dans la rainure de l'ongle des microbes vulgaires du pus. Si l'on questionne soigneusement le malade, on retrouvera souvent ces deux causes dans les commémoratifs : tantôt c'est une contusion du gros orteil ; on lui a marché sur le pied ; il n'y a pas prêté autrement attention, mais, quelques jours après, en se coupant l'ongle, il a vu sourdre une gouttelette de pus et ainsi a débuté la maladie. D'autres fois, le traumatisme est survenu, insignifiant en apparence, en se faisant les ongles.

Cette notion pathogénique a une grande importance pour le traitement : en effet, ces ongles incarnés, s'ils sont soignés au début, sont assez facilement curables.

Pour M. le Dr *de Fleury*, lorsque l'insomnie ne provient pas d'une douleur vive ou d'une irritation matérielle directe (tumeur ou méningite) portant sur l'écorce du cerveau, il est possible de substituer aux médicaments hypnotiques des procédés de traitement dynamiques à la fois efficaces et dépourvus d'inconvénients.

En étudiant la pression artérielle chez les malades atteints d'insomnie, on trouve que ce phénomène pathologique coïncide soit avec un état d'hypertension marquée, soit avec un état d'excessive hypotension.

Chez les neurasthéniques, par exemple, M. de Fleury ne prescrit jamais de médicaments hypnotiques, même bénins. A l'aide d'injections de sérum ou de frictions sèches, il se contente de mettre au point la tension de ses malades, après quoi il leur fait prendre méthodiquement l'habitude du sommeil.

M. *Prioleau*, de Brive, rapporte le fait d'une orchite suppurée survenue dans le décours d'une pneumonie, en dehors de tout antécédent génital. C'est une localisation encore peu connue du pneumocoque.

MM. *Labbé* et *Oudin*, de Paris, viennent réhabiliter l'*ozone* comme antiseptique et hématopoiétique puissant.

D'après M. *Chéron*, de Paris, le meilleur traitement de toutes les viscéroptoses consiste dans le massage abdominal pratiqué dans le décubitus renversé.

L'utérus, abaissé sans prolapsus, traité de la sorte chez les femmes, qui n'ont pas atteint la ménopause et dont la viscéroptose est de moyenne intensité, se relève et récupère l'autonomie de ses ligaments suspenseurs, ce qui permet d'abandonner l'anneau-pessaire devenu tout à fait inutile.

M. *Noury*, de Caen, cite des faits qui prouvent la possibilité de la grossesse prolongée en dehors de tout état morbide et approuve la disposition du code civil, qui fixe à 300 jours la durée maxima de la grossesse non pathologique.

Pour M. le Dr *Chaumier*, de Tours, la vaccination de génisse à bras doit être écartée comme dangereuse. Elle peut d'ailleurs donner des séries d'insuccès si la virulence se trouve atténuée sur certains animaux.

La pulpe glycérinée doit être seule employée ; lorsqu'elle est très virulente, elle peut conserver sa virulence au moins quatre mois. Il ne faut pas l'employer à l'état de fraîcheur, mais seulement au bout d'un mois. Dans les vaccinations de génisses, on ne devra employer que de la pulpe vieillie très virulente.

M. *Bilhaut* rapporte deux succès de résection sous-périostée de la hanche pratiquée pour des cas de coxotuberculose à la 2e période. — Le directeur de l'institut antirabique de Marseille annonce que sur 167 mordus traités pendant

6 mois, on a eu seulement deux décès à enregistrer.

Un des décédés était antérieurement épileptique. Considérant que la plupart des épidémies de typhus, variole, diphtérie sont apportées dans les villes par les vagabonds et les animaux qui les suivent, MM. *Tison, Deschamps, Brun*, font voter à l'unanimité la conclusion suivante :

La section d'hygiène et de médecine publique du Congrès adopte le vœu d'armer, en tout temps, les médecins et les vétérinaires sanitaires, de pouvoirs suffisants pour prévenir la propagation des maladies contagieuses par les vagabonds et les roulottiers ou les animaux qui accompagnent ces derniers.

M. *Chiais* propose de mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1895 les questions suivantes :

1° Comment déterminer et fixer le type de la nutrition normale ?

2° Comment différencier la normale de la nutrition ou des nutritions pathologiques ?

Cette proposition est adoptée.

La section désigne comme président pour l'année prochaine M. le prof. Pitres (de Bordeaux). M. Nicaise (de Paris) est réélu pour trois ans dans ses fonctions de délégué de la section de médecine au Conseil de l'Association. M. Cazin (de Paris) est nommé membre de la commission des subventions.

La prochaine session de l'Association aura lieu à Bordeaux, en août 1895.

II

Congrès de Clermont-Ferrand.

Les médecins aliénistes et neurologistes ont tenu leur congrès du 6 au 11 août à Clermont-Ferrand.

La plus importante question traitée a été celle des rapports de l'hystérie et de la folie. Esquirol admettait le passage de l'hystérie à la folie comme une sorte de dégénérescence de l'hystérie ; mais, de plus, il disait que l'hystérie n'était que le premier degré de la folie. M. *Gilbert Ballet* a essayé de montrer les différences qui distinguent ces deux affections :

Le mot *folie* a été pris tour à tour dans un sens étendu ou restreint. On l'a considéré quelquefois comme synonyme de délire vésanique et plus spécialement de délire intellectuel. L'expression pour Georget devait servir à désigner les idées, les passions, les déterminations différentes de celles du commun ; pour Foville, c'est l'état de toutes les personnes qui ne jouissent pas de l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, morales et affectives. C'est dans ce sens étendu que nous croyons devoir la prendre.

Définir l'*hystérie* n'est pas chose aisée. Tout le monde est d'accord pour en faire une maladie mentale. Qu'on continue à la classer parmi les névroses ou qu'on en fasse décidément une psychose, peu importe : c'est un fait avéré que les troubles qui la constituent sont d'ordre psychique. Personne ne songe plus à considérer ses manifestations comme des désordres réactionnels consécutifs à des troubles de l'utérus ou de ses annexes.

Mais cette notion, quelque bien établie qu'elle paraisse, ne lève pas la difficulté qu'on éprouve à donner de la maladie une définition exacte et précise. Ni l'étiologie, ni la symptomatologie, ni le trouble psychologique fondamental qui, tout constant qu'il soit, ne paraît pas absolument spécial à l'hystérie, ne nous fournissent, à proprement parler, l'élément de cette définition, au moins d'une définition rigoureuse.

Est-ce à dire que l'hystérie ne constitue pas une espèce morbide nettement distincte ayant sa symptomatologie spéciale et sa physionomie propre ? En aucune façon.

L'observation clinique, même tout empirique, suffit déjà sinon à circonscrire avec précision le domaine de l'hystérie, du moins à nous montrer les principaux des troubles qui le constituent. En clinique, en effet, on ne se trompe plus sur la valeur et la signification de certains symptômes qui, rares, fréquents ou habituels, révèlent leur commune origine et leur identité de nature en se combinant et s'associant les uns aux autres, de telle façon qu'ils forment les éléments constitutifs d'un tout nosographique : les troubles de la sensibilité générale et spéciale, anesthésies ou plaques hyperesthésiques, les désordres moteurs, paralysies, contractures, tics et mouvements choréiques, tremblements, certaines amnésies et aboulies, les attaques, les crises de somnambulisme, les troubles vasculaires et trophiques, pour ne citer que les principaux, constituent un ensemble dont les divers éléments, par leur coïncidence fréquente, leur alternance possible, les fantaisies apparentes de leur évolution accusent l'étroite parenté. Si l'on est embarrassé pour dire où l'hystérie commence et où elle finit, on ne l'est pas pour affirmer la nature hystérique des diverses manifestations que nous venons de rappeler.

MM. *Joffroy, Régis, Pitres, Vallon, Brissaud, Pierret, Babinski, Falret, Voisin, Mendelsohn*, prennent part ensuite à une discussion d'où il ressort que l'hystérie et la dégénérescence mentale sont deux entités distinctes, mais que l'hystérie a des phases de délire qu'on désigne sous le nom de *folie hystérique*. Généralement, la folie ou dégénérescence mentale ne s'observe que chez des individus portant des stigmates de dégénérescence ; l'hystérie peut naître de toutes pièces chez des sujets sans stigmates de dégénérescence ; c'est là le point capital de la différence.

M. *Vallon* fait ressortir la distinction que l'on doit maintenir entre l'aliénation mentale et la dégénérescence mentale. Il propose la classification suivante pour plus de netteté : trois groupes distincts symptomatiquement tout en ayant une base commune : l'hérédité.

1er groupe. — *Débiles* : idiotie, imbécillité, faiblesse d'esprit.

2e groupe. — *Déséquilibrés* (ce sont des êtres malfaisants, clients du médecin légiste) : Individus à facultés partielles, individus dont l'état cérébral peut se caractériser par celui d'instabilité mentale, folie morale, folie instinctive.

3e groupe. — *Emotifs* (ce sont des malades qui souffrent, qui sont malheureux ; ils arrivent souvent au suicide) : Folie du doute, délire du toucher, agoraphobie et toutes les autres phobies.

Dans cette classification, comme dans toutes les classifications, il va de soi que, à la limite de chaque groupe, on trouve des individus qui présentent en partie les caractères de leur groupe et quelques-uns des caractères du groupe suivant.

M. *Joffroy* rapporte l'histoire d'une paralysie générale qui débuta nettement par tous les signes du tabes dorsal.

M. *Régis* signale chez les dégénérés héréditaires mystiques des hallucinations de rêve ou oniriques. Ces hallucinations qui se montrent pendant le jour aussi bien que durant la nuit, se manifestent toujours dans un état de rêve éveillé ou endormi. Elles ont encore pour caractère d'être intermittentes. Elles consistent en une sorte de scène hallucinatoire suivie, cohérente, complète, à type toujours uniforme, et d'ordre psycho-sensoriel.

M. *Lamy*, de Paris, a observé chez une femme un phénomène assez rare ; une hallucination persistante se produisant dans une partie abolie du champ visuel.

M. *Taty*, de Lyon, demande que l'on fasse accepter des pouvoirs publics le principe de la sauvegarde du mobilier et des outils de travail des aliénés pauvres et curables pendant leur maladie, dans un magasin quelconque de l'asile et la restitution, après guérison, de ces objets à leurs propriétaires.

M. *Ladame*, de Genève, demande une réforme de la législation contre les alcooliques :

1° Que des asiles spéciaux soient fondés pour le traitement des buveurs ;

2° Que des mesures législatives spéciales soient prises à l'égard des buveurs d'absinthe, qui constituent un véritable danger pour la société ;

3° Que les médecins aliénistes soient consultés pour tout ce qui concerne la construction et l'aménagement des asiles de buveurs.

L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer, aussi bien que les pensionnaires. A sa sortie de l'asile, l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage de Sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile. Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants, ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes. Ils doivent être internés ou détenus dans des établissements spéciaux ; il en est de même des ivrognes dont l'incurabilité ne laisse place à aucun doute et que leurs violences rendent dangereux pour eux-mêmes et pour la société.

Telles sont les principales règles, qui doivent présider à la création d'asiles pour les buveurs. Mais pour que ces asiles puissent rendre tous les services qu'on en attend et qu'ils ont déjà rendus à l'étranger, il leur faut le concours d'un certain nombre de mesures législatives. Il est d'abord nécessaire que la loi accorde à ces asiles un droit de détention sur les buveurs qui y seraient internés ; il est en outre indispensable qu'elle s'oppose par tous les moyens à la vente des spiritueux falsifiés, ou impurs ; qu'elle frappe de peines sévères les aubergistes qui favorisent l'ivresse de leurs clients, etc.

M. *Babinski* fait observer, dans une longue communication sur les névrites périphériques, que ce terme, névrite périphérique, ne doit pas impliquer l'idée que les lésions des nerfs sont primitives, qu'elles sont l'origine de tous les troubles symptomatiques qu'on observe et que le système nerveux central ne présente aucune modification. Il signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux perceptibles par nos moyens d'investigation sont exclusivement localisées dans les nerfs, ou y sont bien plus accusées que dans le système nerveux central. Il y a tout lieu d'admettre, et ce n'est pas là, du reste, une simple hypothèse, que bien des agents qui déterminent des névrites provoquent à la fois une perturbation du système nerveux central et du système nerveux périphérique ; que parfois même ils exercent en même temps, d'une façon directe, leur action pathogène sur d'autres systèmes anatomiques ; que les troubles fonctionnels qu'ils occasionnent sont causés non seulement par des lésions histologiquement perceptibles, mais aussi par des modifications de nature dynamique, et qu'en définitive, les lésions des nerfs ne peuvent être considérées comme constituant tout le substratum anatomique de l'affection en question ; elles en représentent seulement les altérations les plus apparentes.

M. *Babinski* s'occupe aussi des relations des névrites périphériques avec le tabes et montre que la sclérose qui frappe la moelle, frappe en même temps les nerfs périphériques, sans qu'il y ait pour cela influence des centres sur ces nerfs. M. *Régis* fait aussi remarquer que les névrites périphériques sont parfois accompagnées de psychoses, et pour lui il y a une relation indiscutable entre ces deux affections qui sont toutes deux sous la dépendance de la même cause : polynévrite et psychose sont deux manifestations différentes de l'intoxication ou de l'infection, susceptibles de se présenter, suivant les cas, soit isolées, soit associées.

M. *Levillain*, de Nice, rapporte l'histoire d'un jeune homme neurasthénique qui souffrait de maux de tête violents et persistants et qui fut guéri par la trépanation du crâne.

M. *Séglas* rapporte un fait qui prouve que l'état particulier qui succède à l'expérience de Strumpell (occlusion des yeux et des oreilles), n'est nullement un sommeil naturel, mais bien un état somnambulique ; que cet état somnambulique, comme tout autre du même genre d'ailleurs, peut varier chez le même malade suivant des circonstances difficiles à préciser ; à plus forte raison, qu'il peut varier suivant les malades. C'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer pour une part les divergences des opinions exprimées par les auteurs, l'autre part revenant aux différences qui, d'après la lecture de leurs observations, ont certainement existé dans les conditions de leurs expériences.

D'après M. *Londe*, la maladie de Friedreich paraît être une hérédo-ataxie d'origine cérébelleuse.

M. *Lannois*, de Lyon, fait remarquer que la paralysie faciale dite *a frigore* et périphérique est presque toujours causée, en réalité, par une otite moyenne légère qui atteint surtout la paroi interne de la caisse, d'où l'indication formelle de diriger le traitement surtout dans ce sens.

D'après MM. *Klippel et Serveaux*, voici quels sont les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne à la seconde période de la paralysie générale : Il existe une polyurie incontesta-

ble ; les urines ont une faible densité et sont de coloration claire avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'une façon sensible, ainsi que celle des phosphates, tandis que la quantité des chlorures est au contraire notablement augmentée.

Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

Pour M. *Bourneville*, l'étude des cerveaux d'idiots microcéphales prouve qu'il existe au moins deux grandes classes de microcéphalies : des microcéphalies par arrêt de développement et des microcéphalies dues à des lésions congénitales en foyer de l'encéphale.

Quelle que soit sa cause, l'idiotie microcéphalique, d'après l'orateur, est susceptible d'amélioration lorsqu'on intervient dans les premières années de la vie par un traitement médico-pédagogique approprié et par un exercice méthodique de tous les muscles qui concourent à l'articulation des sons.

M. *Brissaud* rapporte un fait très net d'amélioration de myxœdème survenu à la suite d'une thyroïdectomie par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

MM. *Hallion* et *Comte* exposent les curieux résultats qu'ils ont obtenus par les mensurations volumétriques des extrémités pendant la production d'actions réflexes à longue distance :

Les réflexes (vasoconstricteurs) font défaut quand on porte l'excitation sur une région où la peau est anesthésiée par suite d'une lésion nerveuse périphérique ; au contraire, ils se produisent d'une façon entièrement normale quand on excite une région frappée d'anesthésie hystérique : c'est là, sans contredit, un nouvel argument, et non des moindres, en faveur de la nature toute psychique de l'anesthésie hystérique.

Dans l'état hypnotique, il y a intégrité parfaite de l'action réflexe, sous l'influence de la suggestion d'une sensation. Dans la syringomyélie, abolition complète.

MM. *Vallon* et *Marie* citent 3 cas de paralysie générale accompagnée de chorée.

M. *Renaut*, de Lyon, décrit un nouveau procédé histologique pour l'étude des nerfs, procédé qui permet de se rendre un compte exact de l'état de la gaine endothéliale et de la nutrition des nerfs à myéline.

MM. *Klippel* et *Voisin* montrent des préparations histologiques fort intéressantes de dégénérescences spinales et de paralysies générales.

Avant de se séparer, l'assemblée décide que le prochain Congrès aura lieu à Bordeaux.

M. *Joffroy*, de Paris, est élu président pour 1895.

Dr Paul Huguenin.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'hygiène des ports de mer de France.

Puisque nous avons parlé du traitement des malades par les bains de mer, à propos du Congrès de Boulogne, nous ne voulons pas quitter la mer cette année, sans avoir dit quelques mots du séjour à la mer des gens bien portants, qui, généralement s'y rendent pour leur plaisir, et qui, malheureusement, n'en ont pas toujours rapporté la santé. La mer peut-elle rendre malades des gens absolument sains ? Non, évidemment, c'est que, ce n'est pas la mer qu'il faut accuser, mais bien les mauvaises conditions hygiéniques des pays qu'habitent les baigneurs.

Dans une récente communication à la Société des médecins de Rouen, M. Brunon signale courageusement la malpropreté des plages normandes où la fièvre typhoïde sévit chaque année ; puis, parcourant rapidement la France du nord au sud, de Saint-Malo à Marseille et Toulon en passant par Carcassonne, Orange, Aigues-Mortes, etc., il montre que le sol des villes françaises est couvert d'immondices. En parallèle, il cite le soin méticuleux que les villes de la Suisse, de la Belgique, de la Hollande, mettent à purifier leur sol.

M. Brunon engage à des représailles salutaires les touristes qui se préoccupent de leur santé ; il les pousse à voyager dans le nord de l'Europe et à déserter les plages françaises.

Et, de fait, quelle ignoble malpropreté dans nombre de villes dites de plaisance du bord de la mer, en Normandie, en Bretagne, en Provence !

Nous nous abstiendrons de nommer les villes, où nous avons vu vider les tinettes dans les bassins maritimes, en plein centre, au milieu des endroits les plus fréquentés ; dans des rues où les habitations se louent trois et quatre cents francs par mois, nous avons vu les ordures et les eaux ménagères séjourner plusieurs jours, sans qu'on songeât seulement à les enlever. Trouville, le Tréport, Saint-Malo, Concarneau, Granville, Cabourg, Saint-Valéry, nous en oublions et des moins propres, ne nous ont pas plus édifiés cette année que les autres années, par l'entretien de leur voirie ; et cependant, plusieurs de ces villes ont déjà payé fort cher leur incurie par des épidémies de fièvre typhoïde et de choléra, qui y ont frappé des célébrités mondaines et des personnages en vue.

L'eau potable est partout fort défectueuse et si l'on peut s'abstenir d'en boire, du moins, est-on encore contraint d'en user pour les usages de toilette, et même pour cet usage, elle est généralement nauséabonde et dangereuse. Outre les cadavres que roule inévitablement la mer, une quantité énorme d'immondices, déversés par les habitants le long des quais et des jetées, viennent infecter l'eau des bassins et répandre au moment de la basse mer des odeurs épouvantables que ne parvient pas à masquer l'odeur des cordages goudronnés du port.

Tout médecin soucieux de la santé de ses malades et véritablement consciencieux, ne peut engager personne à aller passer ses vacances auprès de tels dépotoirs.

Et cependant, il serait si aisé de désinfecter ces foyers d'infection. Les municipalités n'ont pas à faire de gros frais pour se procurer des antiseptiques. N'a-t-on pas montré récemment que l'eau de mer est le plus puissant désinfectant que l'on possède pour les eaux d'égout ? Que coûteraient donc d'abondants et fréquents lavages des rues avec de l'eau de mer venant du large ? Bien entendu, il ne faudrait pas employer l'eau fangeuse des bassins et du chenal.

Avec quelques égouts bien nettoyés à l'eau de mer, les villes du bord de mer deviendraient plus saines et mieux désinfectées que les villes de l'intérieur les plus soignées au point de vue de l'hygiène. L'eau potable est le plus souvent aussi fort défectueuse et, cependant, il n'y a pas

de gros travaux d'adduction et de machines élévatoires à faire, pour alimenter des villes où la plupart du temps se déversent des multitudes de sources d'eau douce.

Il serait temps que les autorités locales prissent l'initiative de ces améliorations indispensables; car avec le nombre toujours croissant des amateurs de bains de mer, les facilités de déplacement et les encombrements inouïs de population pendant les plus fortes chaleurs de l'année, on verra tout à coup survenir, faute de ces précautions primordiales, des épidémies et des catastrophes plus terribles que celles de Trouville, et autres.

C'est fort bien si l'on a de l'argent de trop, de bâtir des casinos d'un luxe inimaginable et des hôtels d'une somptuosité plus que royale; mais on devrait commencer par payer un personnel nombreux chargé du nettoyage des rues et par construire quelques égouts pour chasser les immondices qui infectent ces casinos et ces hôtels.

Le premier luxe est la propreté et l'asepsie. Qu'importe un palais de marbre, s'il n'y a seulement pas d'eau propre à boire, ni rien pour nettoyer les immondices et désinfecter les lieux d'aisances. Dr P. HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les tarifs médico-légaux.

Dernièrement, nous recevions d'un confrère une plainte au sujet de la prétention d'un juge taxateur qui voulait partager entre les deux médecins requis les honoraires d'une autopsie. Aujourd'hui un autre confrère nous écrit que le juge refuse de lui appliquer le nouveau tarif et prétend le taxer d'après les prix de 1811.

Voici sa lettre :

Mon cher Directeur,

Je tiens à vous signaler un fait dont auront dû souffrir d'autres confrères : je serais heureux si vous pouviez m'en donner l'explication.

J'ai été nommé *médecin expert* au mois de janvier dernier. Or, au mois de mars, sur réquisition du Juge de Paix, je suis allé constater l'état mental d'une femme à 6 kilomètres de chez moi. Le lendemain, sur les conseils du même magistrat, je faisais une enquête sur les faits et gestes de cette femme dans son pays.

D'après les nouveaux prix établis pour les déplacements, les visites et le rapport, le mémoire s'élevait à 27 fr. 50. Deux fois, on m'a renvoyé ce mémoire, pour des corrections, que je me suis empressé de faire. Mais on me le retourne une troisième fois en me disant qu'on me paiera d'après le tarif de 1811.

Que dois-je faire à l'avenir ?

Le récent décret est valable quand il s'agit de me nommer, mais il n'est plus valable quand il s'agit de m'honorer !

La somme a peu d'importance, mais il y a là un manque d'équité qui me paraît dépasser un peu trop les bornes.

Agréez... etc...

Nous avouons ne rien comprendre à ce déni de justice : le tarif nouveau est en vigueur, et il ne peut y avoir aucune raison valable pour ne pas appliquer les prix qu'il comporte.

Pour le principe et malgré la modicité de la somme, notre confrère doit s'adresser au Garde des Sceaux. Il n'est pas admissible que la Jurisprudence n'ait d'autre but que de tourner la loi.

Les Syndicats médicaux devront ouvrir sur cette question un œil attentif : ils n'ont pas, dira-t-on, le droit de défendre les intérêts de leurs membres contre l'Etat ; ils peuvent cependant, par leur action morale, empêcher qu'un juge taxateur ne tourne, de sa propre autorité, les dispositions qui nous assurent les quelques maigres avantages que l'on sait.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Belfort

17 *juin* 1894.

M. le Président Bardy constate que le Syndicat existe légalement : la déclaration exigée par la loi a été faite à la mairie de Belfort, qui a délivré un récépissé en règle.

Exercice illégal.

L'Assemblée, à l'unanimité, charge son Président de poursuivre les cas d'exercice illégal qui lui seraient signalés et fait choix d'un Conseil Judiciaire, pour les cas où son assistance serait nécessaire.

Déclaration des maladies épidémiques.

Les membres du Syndicat feront la déclaration à laquelle la loi les oblige, mais cette déclaration ne sera d'aucune utilité, puisque rien, dans les communes, n'est préparé pour assurer la désinfection.

Service militaire des étudiants.

Après discussion, l'assemblée émet le vœu que la loi du 15 juillet 1889 soit modifiée en ce qui concerne le service militaire des étudiants en médecine et que ceux-ci soient admis à faire leur année de service lorsqu'ils auront fini leurs études avec le titre de médecins stagiaires.

Exercice de la pharmacie.

Le Syndicat émet le vœu que les articles 11 et 12 de la proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie soient modifiés dans le sens proposé par M. le Dr Gassot, dans les articles qu'il a publiés dans le *Concours médical*.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Administration des Eaux de Cauterets nous informe que contrairement à un avis publié, dans le *Concours médical*, sous les dates des 14 et 21 juillet, sous la rubrique *Association de la presse médicale*, « tous les médecins ont, à Cauterets, la gratuité complète du traitement ; que leur femme et leurs enfants jouissent très souvent de la même faveur » et que les membres de la Société de médecine de Cauterets ont déclaré qu' « ils n'avaient jamais éprouvé de refus, alors qu'ils ont demandé à la Société des Eaux la gratuité pour un de leurs confrères français ou étrangers ».

Nous félicitons la Compagnie de Cauterets de ces mesures.

— Nous adressons nos sincères félicitations au Dr *Lardier*, (de Rambervilliers, Vosges) qui a été nommé récemment Chevalier de la Légion d'honneur.

— Un de nos confrères belges, le Dr *Briffault*, de Bruxelles, vient de trouver la mort dans une bien pénible circonstance. De passage à Paris avec sa jeune fille, notre malheureux confrère a été tué et affreusement mutilé dans le dernier accident de chemin de fer de la Compagnie du Nord, à Appilly, près de Chauny, alors qu'il retournait en Belgique auprès de sa femme.

L'Assistance médicale gratuite dans les Conseils généraux.

Vendée. Il a d'abord été procédé à la nomination d'une Commission chargée d'élaborer le règlement sur l'*Assistance médicale gratuite dans les campagnes*, et il a été décidé que les médecins et pharmaciens, au nombre de sept, faisant partie du Conseil général, seraient membres de droit de cette Commission. Récemment le syndicat des médecins de la Vendée avait adressé aux conseillers généraux une longue lettre sur les différents systèmes à employer. — *Aisne.* M. Malézieux a dit que le Conseil général doit employer surtout la session en mettant tout son cœur et toute sa prudence dans la solution de la grande question du jour, celle de l'assistance médicale dans les campagnes. — *Aveyron.* Le Conseil général a ouvert un crédit de 100,000 francs pour l'assistance médicale gratuite dans les campagnes. — *Indre.* Le Conseil s'est ajourné au 15 septembre pour étudier l'organisation de l'assistance médicale gratuite. — *Lozère.* M. le Dr Roussel est entré dans les détails circonstanciés sur l'organisation, la réglementation et l'application, en Lozère, de l'assistance médicale gratuite, et dit, en terminant, qu'en votant cette loi, en la mettant en œuvre dès aujourd'hui, même avec ses imperfections, on s'apercevra vite que l'on a fait de la fraternité, le meilleur des socialismes. — *Yonne.* Le Conseil général s'est ajourné au 17 septembre pour pouvoir examiner dans cette seconde partie de la session la question de l'assistance médicale gratuite. — *Vienne.* Le Conseil général a adopté un règlement pour l'organisation de l'assistance médicale gratuite. Mais le crédit demandé à cet effet par l'administration a été refusé, le Conseil désirant consulter toutes les communes du département. — *Finistère.* En exécution de la loi du 15 juillet 1893, le Conseil a adopté un règlement concernant la question de l'assistance médicale gratuite dans le département. En outre des quatre grands hôpitaux de Brest, Morlaix, Quimper et Quimperlé, des hospices seront créés sur différents points, entre autres Crozon, Concarneau, etc. Les frais de transport des malades seront, comme tous les autres frais, supportés par le département. La dépense totale s'élève à plus de 105,000 francs. — *Allier.* Le Conseil a inscrit au budget un crédit de 60,000 fr. en vue de l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, mais avec cette réserve que cette dépense sera balancée par le contingent à verser par les communes en vue de l'hospitalisation ou des soins à donner à leurs malades. La commission départementale a été chargée de fixer le chiffre à payer pour la journée des malades admis dans les hôpitaux. — *Loiret.* Le Conseil a adopté le règlement concernant l'assistance médicale gratuite et voté une imposition spéciale de 76 centièmes de centime pour faire face à la dépense qui incombe au département. — *Nord.* Le Conseil a décidé une session extraordinaire qui aura lieu dans la deuxième quinzaine d'octobre, pour discuter un important rapport de M. le député Dron, sur l'organisation de l'assistance médicale gratuite dans les campagnes. — *Bouches-du-Rhône.* La discussion sur l'organisation de l'assistance médicale gratuite est renvoyée à une session extraordinaire qui aura lieu en octobre. — *Seine-Inférieure.* Le Conseil a adopté, après une longue discussion, le règlement de l'assistance médicale, conformément à la loi du 15 juillet 1893. — *Haute-Garonne.* Le Conseil général a voté la somme nécessaire et le règlement pour la mise en pratique de la loi sur l'assistance médicale. Le département devra s'imposer à cet effet d'un centime et demi extraordinaire. — *Charente-Inférieure.* Le Conseil a refusé, pour 1895, l'allocation supplémentaire de 500 fr. demandée pour le service médical de l'île d'Aix et qui aurait porté à 1500 fr. la subvention annuelle de 1000 fr. accordée par le département. — *Gironde.* Le Conseil général a voté un projet d'organisation du service départemental d'assistance médicale gratuite qui laisse aux indigents la liberté de s'adresser au médecin de leur choix, et a voté pour cet objet le crédit de 159,500 francs. — *Hérault.* Le Conseil général a voté un demi-centime pour l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, renvoyant à une session extraordinaire, qu'il demande pour janvier, la discussion de cette question. — *Puy-de-Dôme.* Pour l'assistance médicale gratuite, le Conseil a adopté le système de circonscriptions en laissant au malade toute liberté pour le choix de son médecin. Il a fixé le tarif de 1 fr. par visite, plus 25 centimes de frais de déplacement par kilomètre. Il a voté ensuite un centime spécial pour fonctionnement de la loi. — *Somme.* Après une longue et laborieuse discussion, le Conseil général a adopté le projet de règlement d'assistance médicale gratuite. Le Conseil a écarté le système de la mutualité des communes pour le payement du total des dépenses, évaluées à 71,000 francs, et a voté un centime 4/100e au principal des quatre contributions, pour couvrir ces dépenses. (*Progrès médical.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3938. — M. le docteur Mauvais, de la Flèche (Sarthe), membre du Syndicat des médecins de la Sarthe.

N° 3939. — M. le docteur Frauciel, de Montgeron (S.-et-O.), membre du Syndicat de Corbeil.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Matteï, de la Basse-Terre (Guadeloupe); Hervochon, de Châteaubriand (Loire-Inférieure), et Bertrand de Chalon-sur-Saône (S.-et-L.), membres du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Formulaires. — Guides pratiques. — Manuels.

BILLOT (Dr), médecin-major de 1re classe. — *Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie. Application à l'examen des conscrits.* — Un volume de la *Petite Encyclopédie médicale*, cartonné à l'anglaise, fer spécial, expédition *franco* contre un mandat, 3 fr.

BOULOUMIÉ (Dr P.). — *Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.* Paris, Société d'Editions scientifiques. In-12, 585 p., 5 fr.

LETULLE (Dr). — *Guide pratique des sciences médicales*, pubié sous la direction scientifique du Dr Letulle, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages, cartonné à l'anglaise, 12 fr.

Vient de paraître :

Le supplément pour 1893, 5 fr.

Nota. — Ce supplément, digne de ses devanciers et restant d'une façon absolue sur le terrain exclusivement pratique, contient : la *Bactériologie pratique*, par le Dr Nicolle, chef au Laboratoire Pasteur; le *Choléra*, par le Dr Lesage, chef de clinique, chargé de diverses missions contre les épidémies par le gouvernement français ; les *Accouchements*, par le Dr Demelin, chef de clinique à la Maternité : les *Maladies de l'estomac*, les *Maladies du Foie*, par le Dr NICOLLE (Charles).

Adresser par conséquent 22 fr. pour recevoir tout ce qui est paru du Guide pratique des Sciences médicales depuis sa publication première.

MELVILLE (Dr H.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques.* (Méthode de Brown-Séquard). Bel in-8 illustré, cart. 5 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 38 22 Septembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

MESURES PRISES

pour le recours en grâce du Dr Lafitte.

En exécution des décisions prises à l'issue de la séance de la Cour de cassation, l'Association de la presse médicale a adressé aux présidents de toutes les Associations la lettre suivante :

Monsieur le Président,

L'Association de la Presse Médicale Française, désireuse de réparer dans la mesure possible et rapidement, les funestes effets de la condamnation *injustifiée* du docteur Lafitte, de Rosny, vous prie instamment de signer de vos noms et qualités, les deux pièces ci-jointes dressées par Me Gauthier de Clagny, l'avocat en Cassation, et de les retourner au siège social, 23, rue de Dunkerque.

Pour l'Association :

Les Syndics,

MM. CORNIL, DE RANSE, CÉZILLY.

Paris, le 17 septembre 1894.

Monsieur le Président de la République,

Le soussigné

prend la respectueuse liberté de solliciter la grâce de Monsieur le Docteur Lafitte, condamné à trois ans de prison par la Cour d'assises de Seine-et-Oise.

Sans parler de la parfaite honorabilité du condamné, de l'invraisemblance de l'accusation, il n'hésite pas à affirmer, qu'après avoir pris connaissance complète des charges relevées contre le Docteur Lafitte, après avoir scrupuleusement examiné les rapports des Médecins légistes, il a acquis la conviction absolue qu'au point de vue médical, l'accusation d'avortement est insoutenable et que le Docteur Lafitte est victime d'une évidente erreur judiciaire.

Confiant dans votre haute équité, il s'adresse à vous, Monsieur le Président de la République, pour faire rendre la liberté à un homme que tout le corps médical considère comme un innocent.

A le

La même demande est répétée à l'adresse du Garde des Sceaux.

RECOURS EN GRACE DU Dr LAFITTE

L'horrible drame de la Cour d'assises de Versailles a ému tous les cœurs généreux. C'est la première fois qu'on en voit un pareil.

La malheureuse qui est en cause, inculpe un médecin honorable au premier chef ; elle avoue sa faute et croit atténuer sa responsabilité ; elle en rejette une part sur le médecin à qui elle est allée demander de la guérir de sa métrite. Les experts disent tous les trois qu'elle ment ; que ses assertions sont invraisemblables. L'accusation ne trouve *absolument aucun motif* pour s'expliquer le crime du médecin ; le jury le condamne ; la Cour de cassation reste sourde à la voix indignée de l'opinion publique et à l'éloquent appel de l'avocat général, qui lui crie qu'elle peut casser l'injuste arrêt.

Et voilà l'innocent puni pour un crime qu'il n'a pu commettre et deshonoré avec les siens.

Quand le sort veut perdre quelqu'un, il s'acharne sur lui, il multiplie ses coups.

Lorsque, dès le début, on interroge le médecin, il répond simplement ; il dit qu'il a fait acte légitime d'intervention médicale ; il ne pense pas à un danger. Ah ! s'il s'en était douté, s'il en avait parlé à ses nombreux amis, tous se seraient levés pour le défendre, les experts, la Société de médecine légale, les professeurs, tous les médecins !

Mais non ; le destin ne le veut pas. Le praticien retourne à ses affaires ; il passe cinq mois sans penser à cet incident, lorsqu'on l'arrête, on l'enferme et trois jours après, il est un criminel.

Il a un éloquent défenseur. Mais ce défenseur est un trop honnête homme ; il s'indigne contre l'instruction ; il s'élève avec virulence contre l'accusation ; il indispose les juges ; il indispose les jurés.

Il est si bien convaincu de l'acquittement, qu'il n'a pas voulu, pour ne point prolonger la captivité, se pourvoir contre la mise en accusation ; il ne prend pas, en audience, des conclusions pour les incidents qui se sont produits en séance, qui auraient assuré le succès du pourvoi, incidents que les amis de M. Lafitte négligent, eux aussi, de lui signaler, parce qu'ils le jugent inutile.

Le sort frappe toujours ! Deux des experts ont écarté toute charge ; un troisième, superflu, conclut comme les premiers ; mais on lui fait commenter son rapport ; il a des phrases malheureuses, qui trompent le jury. Le procureur de la République n'a pas requis. Cela ne fait rien ; le président des assises accable l'inculpé : « Puisqu'il n'y a pas de motif à votre crime, c'est pour vous faire une clientèle, lui dit-il, que vous faites avorter. » Cette apostrophe est adressée à un bon serviteur de la France, à un homme estimé de tous, à un médecin.

Encore un nouveau coup ? les jurés n'ont rien compris ; ils vont délibérer. Ils peuvent s'éclairer mutuellement. Un médecin était de leur nombre ; il pouvait leur expliquer ce qu'ils n'ont pu comprendre. Mais le malheur s'acharne ; le médecin est récusé par le défenseur de la fille Chevallier. Et alors, nous le savons, le chef du jury perd ses peines. Il n'en dort plus depuis !

Ah ! nous n'en finirions pas, si nous voulions épuiser la série des fatalités. Espérons que le mauvais sort sera conjuré et que ceux qui peuvent réparer, nous seront pitoyables, favorables.

Mais à nous médecins, deux devoirs incombent. Le premier, le plus sacré, c'est d'obtenir la grâce de l'innocent et de signer la pétition que l'*Association de la presse médicale* adresse au Président de la République et au Garde des Sceaux. Le second, une fois cette première démarche accomplie, c'est de réparer une part du dommage causé au Dr Lafitte et aux siens.

Il faudra aussi aviser aux mesures générales qui pourront peut-être empêcher la reproduction de cette lugubre aventure.

Tous les membres du Concours reçoivent aujourd'hui les deux pétitions. Nous leur demandons de ne pas perdre un instant pour les signer, nous les renvoyer et abréger, nous l'espérons, la détention du Dr Lafitte.

A. Cézilly.

A PROPOS DE LA CONDAMNATION du Dr Lafitte.

J'ai voulu attendre la décision de la Cour de cassation, dans l'affaire du Dr Lafitte, pour vous soumettre quelques réflexions que me suggère le cas de notre malheureux confrère.

Ce n'est pas que je me sois fait grande illusion sur cette décision : la Cour suprême n'examine que les questions de forme, et l'on en était réduit à couper des cheveux en quatre, pour trouver un vice quelconque de procédure, alors qu'au fond, le seul argument véritable était la stupidité du verdict du Jury.

Mais le Jury est souverain et, parce qu'une parole n'aura pas été dite avant l'autre, voilà le Dr Lafitte condamné définitivement et, en dépit de la grâce qui, nous aimons à l'espérer, ne se fera pas attendre, flétri d'une peine infamante !

Flétri ? — Non pas, car, c'est le cas ou jamais de le répéter,

Le crime fait la honte et non pas l'échafaud,

et je crois, pour ma part, qu'aucun honnête homme ne saurait refuser au Dr Lafitte, après sa condamnation, l'estime dont il le jugeait digne auparavant.

Mais, quoi que nous puissions dire, faire ou penser, le fait brutal n'en subsistera pas moins et la condamnation restera au casier judiciaire de notre confrère. — Tous, la chose a été surabondamment démontrée, nous pouvons nous trouver dans un cas plus ou moins analogue et, innocents, risquer une semblable condamnation, puisqu'il peut toujours se rencontrer un jury composé d'hommes honnêtes, sans doute, mais incapables de se prononcer, avec compétence, sur des faits qu'ils ne comprennent pas.

Une protestation contre un fait isolé, si criant qu'il soit, ne peut servir à rien et c'est ailleurs qu'à mon humble avis, il faut chercher le remède.

Quelle est la source du mal ? Le Jury, tel qu'il est composé, du moins : c'est donc contre ce Jury que nous devons partir en guerre.

Aux douze citoyens, que le hasard a désignés sur une liste dressée, souvent, d'une manière bien sommaire et auxquels est remis un souverain pouvoir sur la vie, l'honneur et la fortune d'un homme accusé et, en dépit de la fiction légale, déjà considéré comme coupable par la justice — à ces hommes je concède toutes les vertus qui peuvent faire d'eux de bons époux, de bons pères et de bons gardes nationaux, mais personne ne me fera admettre qu'ils soient capables de se prononcer, avec une égale compétence et une entière sérénité d'esprit, sur tous les cas, quels qu'ils soient, qui peuvent leur être soumis.

Qu'ils puissent, à la rigueur, juger un fait banal, soit ! Et encore certains prétendent que beaucoup se laissent plus influencer par les artifices oratoires de la réquisition ou de la défense, que par les faits eux-mêmes.

Mais sur un fait professionnel, quelle peut être leur opinion ? — Telle ou telle manœuvre est-elle capable de produire l'avortement ? Peut-on dans telle ou telle condition porter un diagnostic certain ? Qui d'entre eux pourra le dire ?

Oh ! nous savons qu'il y a les experts pour éclairer le Jury. Mais nous savons également que trop souvent ces experts, par la force de

l'habitude et, d'une manière inconsciente, ont plutôt tendance à se rapprocher du ministère public ; nous savons également qu'ils sont interrogés, surtout, par le président et par l'avocat général et que rarement, un juré réclame d'eux des explications directes. D'ailleurs qui nous assure que les jurés comprennent leurs réponses ? — Nous avons, dans le cas du Dr Lafitte, la preuve du contraire, puisque l'expert — il nous l'a déclaré à nous-mêmes — avait l'intime conviction, que son dire ne pouvait être interprété contre notre confrère.

Il faudrait, ce me semble, que, dans ces faits professionnels, la composition du Jury fût modifiée et que, *de droit*, parmi les douze jurés, figurassent plusieurs personnes exerçant la même profession que l'inculpé. Pour un fait médical, deux ou trois médecins, par exemple, devraient être nécessairement jurés. Ce serait certainement pour l'accusé une garantie sérieuse, que d'avoir, devant lui, des jurés comprenant les faits, pouvant les interpréter, capables de s'éclairer eux-mêmes et d'éclairer leurs collègues.

Et qu'on ne vienne pas dire que ce serait un bouleversement des bases du droit public : est-ce que des faits analogues ne se rencontrent pas dans diverses juridictions? Est-ce que les commerçants, pour faits professionnels, ne sont pas jugés par leurs pairs ? Est-ce que les industriels n'ont pas leurs conseils de prudhommes ? Il n'y aurait qu'à introduire, dans la procédure criminelle, des éléments de ce genre, ce qui n'est pas impossible, puisque dans les conseils de guerre même, l'accusé trouve toujours un juge de même grade ou de même fonction que lui.

Je soumets à mes confrères mon idée pour ce qu'elle vaut, mais je les supplie de ne pas se désintéresser d'une question qui nous touche de si près.

Que chacun apporte ses idées sur la matière, nous finirons par trouver une solution, qui nous satisfera tous et que nous nous efforcerons de faire prévaloir.

Dr A. Gassot.

SOUSCRIPTION
pour les cinq enfants du Dr Lafitte.

La proposition d'une souscription nous a été faite, le 2 septembre, par le Directeur du *Bulletin Médical*, M. le Dr *Prengrueber* ; le 15 par M. le Dr *Prompt* (de Bourg-d'Oisans, Isère) ; le 19 par M. le Dr *Vitet* (de Saint-Nicolas-d'Aliermont, Seine-Inférieure). Ces Messieurs ont envoyé leur souscription. Le syndicat de l'arrondissement de Versailles, présidé par M. le Dr Jeanne, dans sa séance du 19, à laquelle nous avons assisté, a voté une somme, sur ses fonds disponibles, sans préjudice des souscriptions de ses membres. Le Conseil de direction du Concours Médical s'est occupé de la question ; l'Association de la Presse Médicale en sera saisie à sa prochaine réunion, le vendredi 5 octobre. L'honorable famille du Dr Lafitte a jusqu'ici pourvu aux frais du procès et aux besoins des enfants. Il y aura lieu d'aviser pour réparer, dans la plus large mesure qu'il sera possible, la détresse conséquence de la condamnation. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des décisions qui seront prises.

Rien ne presse actuellement que les mesures en vue de la grâce. Les signatures des notabilités médicales parviennent, en grand nombre, à l'Association de la Presse Médicale, et dès qu'elles seront réunies, les avocats du condamné dresseront la demande d'audience.

A. Gézilly.

Argenteuil, 15 septembre 1894.

Mon cher Directeur,

Vous avez bien dit, dans votre article de samedi, nos espérances, nos angoisses, et notre triste déconvenue finale, quand nous avons vu, malgré les efforts si heureusement combinés de M. Gauthier (de Clagny) et de M. le procureur général Melcot, le pourvoi rejeté.

Vous demandez au corps médical de nous aider à obtenir la grâce et la réhabilitation de notre confrère victime d'une abominable erreur judiciaire. Tous les médecins, j'en suis sûr, seront avec nous.

Vous ajoutez : « *Faudra-t-il aussi rechercher les responsabilités ?* »

Certes ! il le faudra.

Et à ce sujet, laissez-moi, je vous prie, répondre aux commentaires que M. le docteur Vibert a faits, de son rapport et de sa déposition verbale devant les assises, dans l'article que vous avez reproduit le 8 courant.

J'ai écrit ce même jour à M. le docteur Vibert toute ma pensée, et certainement, si Lafitte avait obtenu son pourvoi, je ne livrerais pas, aujourd'hui, ma lettre à la publicité.

Mais, ce pourvoi est rejeté, et les colères que l'espoir avait apaisées, grondent de nouveau, plus violentes, dans tous les cœurs.

Le docteur Vibert a dit :

« Je ne puis admettre, comme le pense le docteur Toussaint, que ce soit ma réponse aux deux questions de l'avocat général, qui ait motivé le verdict du Jury. »

A cela j'ai répondu, en substance :

« Avant que vous n'ayez paru à la barre, les dépositions des deux médecins du parquet de Mantes avaient à ce point impressionné le procureur de la République qu'il sentait le terrain se dérober sous ses pas d'accusateur public. Pour lui comme pour tout le monde, l'accusation ne tenait plus debout.

Si vous vous en étiez tenu, dans votre déposition, à la lettre de votre rapport, Lafitte était sûrement mis hors de cause.

Malheureusement, vos deux réponses ont permis à l'avocat général de reprendre pied.

Il s'est emparé de vos paroles, il les a commentées, il les a exaltées, et il en a fait le pivot de tout son réquisitoire.

Pourquoi donc, docteur Vibert, vous aurait-il tant porté aux nues, je vous le demande, s'il n'avait eu à vous remercier de l'appui que votre déposition lui apportait. Il était aux abois, et voilà que vous lui fournissez un argument, vous lui apportez *un doute* à jeter dans l'esprit des jurés. — Et alors il vous couvre de fleurs, sans se rendre compte que l'éloge pompeux qu'il fait de vous, est au moins singulier, en présence de vos collègues, les deux médecins experts de Mantes !

Vous aviez déjà quitté la salle, à cette heure, et vous n'avez rien entendu de tout cela, heureusement pour vous, car vous en auriez éprouvé, je crois, grande gêne.

Mais, mes amis et moi qui avons tout entendu, et qui avons vu et pu juger tous les jeux de physionomie, *nous sommes fixés, et bien fixés, je vous jure.* »

Dans ma lettre, j'ajoutais :

« Toutefois, je m'empresse de vous déclarer que tout en déplorant les faits, je ne songe nullement à mettre en doute votre bonne foi.

Je vous remercie même de ce que vous avez dit

et écrit au sujet du malheureux confrère condamné, et des efforts que font ses amis pour le sauver.

Mais, je persiste à penser que vos paroles, mal interprétées, ont servi l'accusation. »

J'aurais pu dire encore au docteur Vibert, ce que m'ont écrit vingt confrères...

« Ces paroles, il ne fallait pas les prononcer. Puisque vous étiez persuadé de l'innocence de l'accusé, il fallait nettement affirmer *son impossibilité d'être coupable.* »

Etc...

....

Agréez, etc, Dr E. Toussaint.

M. le Dr Toussaint nous a prié de reproduire la lettre suivante :

A M. le Dr Toussaint, d'Argenteuil.

Très honoré confrère,

C'est avec un grand chagrin que j'apprends le rejet du pourvoi de M. le Dr Lafitte. Je pense que ses amis vont, maintenant, demander sa grâce, et je suis prêt à appuyer cette demande de toutes mes forces.

J'ai attendu l'arrêt de la Cour de cassation, pour répondre à votre lettre du 8 courant.

Vous oubliez ou vous ne savez pas que, lorsque je suis intervenu dans cette affaire, l'innocence de M. Lafitte était douteuse. *C'est moi*, qui, en interrogeant la fille, en lui faisant préciser le détail des manœuvres, ai fait ressortir toute l'invraisemblance et toute l'inadmissibilité de son récit, et ai montré l'inanité de l'accusation. Je ne pense pas du reste que ce soit mon rapport que vous incriminiez ; c'est sans doute uniquement ma déposition orale.

Mais cette déposition n'a été que la confirmation de mon rapport jusqu'au moment où l'avocat a cru devoir me poser les deux questions que vous savez. A ces questions, je ne pouvais répondre autrement que je l'ai fait : c'est l'avis de mes maîtres et de mes collègues. Si l'avocat qui avait mon livre entre les mains, l'avait lu, il aurait su d'avance quelle devait être ma réponse.

D'ailleurs, même en admettant que j'aie détruit ainsi un des arguments de la défense, les autres restaient intacts et ils étaient au moins aussi importants. Il n'en était pas moins vrai que la fille avait menti sur un grand nombre de points, que son récit était faux. Je n'ai renié aucun des termes de mon rapport, lequel était tout entier à la défense de l'accusé.

Après avoir tout fait pour démontrer l'innocence du malheureux Dr Lafitte, il m'est pénible de penser que même un seul médecin, du moins parmi ceux dont l'opinion est honnête et sincère, m'attribue la responsabilité du verdict. C'est pourquoi je souhaite que ma réponse modifie votre manière de voir à mon égard.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

Ch. Vibert.

Le *Temps* publie la lettre suivante :

Paris, 14 septembre.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi, comme délégué de l'Association de la presse médicale, de protester contre la façon dont votre collaborateur dénature les sentiments qui nous ont guidés dans les démarches que nous avons faites en faveur du docteur Lafitte : « Que les médecins *intéressés au sauvetage* du docteur Lafitte, dit-il, s'adressent donc à M. Casimir-Perier, qui n'hésitera évidemment pas, si, comme *on n'en peut pas douter*, ils parviennent à le convaincre. »

Faut-il rappeler, monsieur, que lors de la réunion de l'Association, pas un des membres ne connaissait le docteur Lafitte ; que nous ne nous sommes prononcés qu'après avoir pris connaissance d'une enquête minutieuse faite par le docteur Cézilly, notre syndic, qui, jointe au témoignage de l'expert lui-même, le docteur Vibert, démontrait péremptoirement l'innocence de notre confrère ?

De plus, M. le doyen Brouardel, professeur de médecine légale, répondant à nos sollicitations, envoyait à notre Association trois lettres, que je remis à MM. Sallantin, président intérimaire de la Cour de cassation, Sevestre, conseiller, Melcot, avocat général. Après les avoir lues, on ne pouvait plus mettre en doute l'innocence du condamné.

La Cour, qui ne juge que la forme, aima mieux suivre M. Sevestre dans ses conclusions que M. l'avocat général Melcot qui affirma avec une véritable éloquence que cette forme avait été mauvaise. Que son verdict lui soit léger ! Aujourd'hui, nous voici réduits à solliciter pour un innocent la grâce réservée aux coupables. Le docteur Lafitte est veuf ; sa mère, âgée de soixante-seize ans, élève ses cinq enfants qui sont dans la plus profonde misère. Si le rédacteur du *Temps* n'est pas, comme nous, convaincu de l'innocence de cet infortuné, il pouvait au moins — au lieu de parler d'intérêt — laisser à ceux qui s'occupent désormais de cette malheureuse famille, le mérite de quelques sentiments d'humanité.

Agréez, etc.

Gilles de la Tourette,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Gilles de la Tourette s'est mépris sur nos sentiments ; nous n'avons voulu ni pu nous associer aux objurgations dirigées contre la Cour de cassation, qui n'a fait que son métier et son devoir en ne cassant pas l'arrêt de la cour d'assises de Versailles, du moment où il ne contenait aucun vice de procédure admissible par elle. M. de la Tourette le regrette ; nous le regrettons aussi, en faisant simplement observer qu'il y a lieu de s'en prendre, non à la Cour de cassation, mais à l'organisation judiciaire dont elle est la suprême gardienne.

Nous avons ajouté qu'il restait la grâce, qui ne pouvait être refusée par le président de la République ; mais, disent les amis de M. Lafitte, la grâce est réservée aux coupables. Nous croyons que ces messieurs s'exagèrent les conséquences de cette situation : une grâce accordée dans ces conditions, après les documents et les arguments produits par des membres éminents du corps médical, avec le témoignage et la garantie qu'ils fournissent touchant l'innocence de M. le docteur Lafitte, cette grâce, au point de vue moral et professionnel, équivaudra, pour tout esprit impartial, à une réhabilitation.

(*Le Temps*).

LA SEMAINE MÉDICALE

Moyen de reconnaître si une blennorrhagie est guérie.

Rien n'est plus difficile, dit la *Semaine médicale*, que de savoir si une blennorrhagie qui a complètement cessé en apparence est définitivement guérie. En effet, la suppression de tout écoulement, la disparition de cette goutte dite militaire, qui ne se montre que le matin entre les lèvres du méat uréthral, ainsi que l'absence de toute trace d'agglutination de cet orifice sont,

comme on sait, des phénomènes parfaitement compatibles avec l'existence d'une blennorrhagie absolument latente, mais qui, cependant, conserve assez de virulence, pour pouvoir être transmise par le coït.

Cette absence de signes certains de guérison de la chaude-pisse fait que, souvent, le médecin se trouve fort embarrassé dans les cas assez fréquents, où un malade ayant eu récemment un écoulement uréthral et qui est sur le point de se marier lui demande s'il est réellement guéri de sa blennorrhagie et s'il ne risque pas de contaminer sa femme. Le seul moyen de trancher cette question délicate nous paraît être l'épreuve à laquelle un confrère hollandais, M. le docteur Kraft (d'Utrecht), a coutume de recourir pour constater la guérison définitive de la blennorrhagie. Il engage le malade à ingérer un litre et demi de bière (laquelle, comme on sait, a pour effet d'augmenter l'écoulement blennorrhagique), et il lui fait, en outre, une injection uréthrale avec une solution de sublimé à 2 0/00. Si le patient est définitivement guéri, il ne se produit aucune réaction ; dans le cas contraire, on voit survenir un écoulement uréthral révélateur, qui parfois ne se montre qu'au bout de quarante-huit heures.

Le traitement des ulcères de jambe par l'effluvation électrique.

MM. *Doumer* et *Marquant*, de Lille, ont obtenu de très remarquables résultats par l'application de la franklinisation dans les cas d'ulcères chroniques de jambe.

Voici comment ils conseillent de procéder : on lave d'abord la plaie avec un liquide antiseptique (solution de sublimé ou eau phéniquée faible) et on la recouvre d'une couche fine de coton hydrophile ; puis, après avoir placé le malade sur le tabouret isolant, on le met en rapport avec le pôle négatif d'une machine électrostatique. On approche ensuite de la plaie la pointe à effluvation, laquelle doit, bien entendu, être maintenue à une distance suffisante pour ne pas amener le dégagement d'étincelles, mais assez rapprochée cependant pour que le souffle ou vent électrique puisse se produire. On continue l'effluvation pendant dix minutes, puis on procède au pansement de la plaie. Les séances sont répétées d'ordinaire trois fois par semaine.

Dans le principe, le pansement employé après la séance consistait d'abord à saupoudrer l'ulcère avec du sous-carbonate de fer, puis à le recouvrir de coton aseptique ; mais on l'a simplifié depuis en supprimant la poudre de carbonate de fer et en se bornant à une simple application d'ouate hydrophile. Comme ce pansement n'était renouvelé que deux fois par semaine, l'effluvation était faite une fois sur trois à travers la couche de coton, à laquelle on donnait le moins d'épaisseur possible.

De même que les autres agents thérapeutiques, l'effluvation n'est pas infaillible. Cependant, dans les cas où ses effets ont été lents à se produire, tous les autres traitements employés antérieurement ou consécutivement à l'électricité statique ont échoué. Il paraît donc bien établi que la franklinisation a une valeur réelle pour le traitement des ulcères de jambe et mérite d'être employée comme un moyen adjuvant lorsque cette affection résiste à la médication locale usuelle.

Ce sont les ulcères variqueux qui bénéficient le plus de l'effluvation électrique ; mais, il y a des cas d'ulcères très profonds, accompagnés de périostite même, qui ont complètement guéri en moins de 3 semaines.

Nature du choléra.

Le succès de l'Institut Pasteur aura été immense au Congrès de Budapesth. Après M. Roux, c'est M. *Metchnikoff*, qui a soulevé les approbations enthousiastes de tous les membres du congrès à propos de sa communication sur le choléra et sur les différentes conditions d'existence du bacille cholérique de Koch.

Les expériences de M. Metchnikoff sont d'autant plus méritoires qu'elles ont été faites en partie sur lui-même et en partie sur quelques élèves de bonne volonté.

L'importance des résultats obtenus n'échappera à personne ; les savants allemands eux-mêmes, dont on connaît l'amour-propre et le chauvinisme, ont dû s'incliner devant la science française illustrée par un Russe.

Voici les résultats obtenus :

1. L'immunité locale, ce fait solidement établi dans l'épidémiologie du choléra, ne peut être expliquée par des conditions particulières, empêchant la vie du vibrion spécifique. Ce microbe peut se trouver en dehors de l'épidémie cholérique et dans des endroits parfaitement indemnes.

2. Il n'est pas possible d'admettre que l'immunité locale tienne à l'état de vaccination inconsciente et permanente des habitants.

3. Le sang des habitants des localités indemnes ne se distingue par aucune propriété particulière préventive vis-à-vis de l'infection cholérique.

4. L'ingestion de cultures cholériques ne protège pas sûrement contre l'effet pathogène du vibrion de Koch.

5. Le vibrion cholérique développé sur des milieux nutritifs avec d'autres microbes subit une grande influence de la part de ces derniers.

6. L'immunité des animaux contre le choléra intestinal est en grande partie due à l'influence empêchante de la flore du canal digestif sur le vibrion cholérique.

7. Tant que les jeunes lapins ne se nourrissent que de lait de leur mère, ils manifestent une grande sensibilité pour le vibrion cholérique. Il se développe chez eux un choléra intestinal, analogue à celui de l'homme. Ce choléra est facilité par l'action de certains microbes.

8. Les jeunes cobayes sont moins sensibles à l'ingestion du vibrion cholérique que les jeunes lapins. Aussi le choléra intestinal des jeunes cobayes est beaucoup moins typique que celui des jeunes lapins.

9. La vaccination des jeunes lapins par les cultures stérilisées ou vivantes du vibrion cholérique ne les protège pas contre le choléra intestinal.

10. La protection des jeunes lapins contre le choléra intestinal par le sérum des animaux vaccinés contre la péritonite cholérique est quelquefois efficace. Mais cette action est trop inconstante pour qu'on puisse se fier à elle. Le

sérum du cheval normal ne peut pas être sûrement utilisé pour protéger les jeunes lapins contre le choléra intestinal.

11. Les tentatives faites pour empêcher le choléra à l'aide des microbes ont démontré qu'il existe des bactéries, dont la présence dans les voies digestives gêne l'action pathogène des vibrions. Ces expériences, non achevées, n'ont pas abouti jusqu'à présent à un résultat définitif.

12. Dans l'immunité et la réceptivité de l'homme et des animaux vis-à-vis du choléra intestinal, la flore microbienne du canal digestif joue un rôle important. S'appuyant sur ce fait, on peut facilement concilier la vérité fondamentale que le vibrion de Koch est l'agent spécifique du choléra, avec les données de l'épidémiologie, notamment avec l'influence des lieux et du temps sur la marche des épidémies cholériques.

Le massage gynécologique et ses principales indications.

C'est bien à tort que l'on a traité en France, sur le ton du mépris, voire même de l'indignation pudibonde, la méthode imaginée par le maître suédois, Th. Brandt. Plusieurs praticiens peu suspects se sont rendus auprès de lui pour s'éclairer définitivement sur la méthode et les résultats obtenus, et tous sont revenus convaincus. M. le Dr *Rendu*, de Lyon, s'est fait l'interprète de ces sentiments de conviction raisonnée, dans un récent article du *Lyon médical*. Le massage gynécologique est parfaitement scientifique et ne soulève pas plus de soupçons d'immoralité que l'examen au spéculum ou le toucher vaginal habituel. Tout dépend des intentions du praticien et de la malade ; il n'y a là rien qui offense une honnête femme, quoi qu'on en ait dit dans plusieurs sociétés savantes.

Il est certain que quotidiennement, le médecin emploie des procédés de même nature, qui bien qu'admis par tout le monde, pourraient donner matière à des plaisanteries ou à des allusions pornographiques, si l'on y pensait.

Les principes fondamentaux de la méthode de Brandt sont les suivants :

Ne pas provoquer de la douleur chez la malade, faire des séances courtes, s'abstenir complètement, s'il y a de la fièvre, et, avant tout, bien faire son diagnostic pour ne pas s'exposer, s'il y a du pus collecté quelque part, à le faire passer dans le péritoine, telles sont les recommandations principales.

« La méthode de Th. Brandt a de nombreuses indications, et en dehors de ces sortes d'œdèmes douloureux, qui entourent parfois certaines tumeurs abdominales et qui se dissipent comme par enchantement sous l'action du massage, elle donne souvent des résultats inespérés. Telle malade, par exemple, qui avec un de ces anciens phlegmons indurés des ligaments larges ou des parois du bassin, reste encore chez nous indéfiniment au lit ou sur sa chaise longue couverte de topiques ou de pommade à l'onguent napolitain, recouvre la santé en cinq ou six semaines ; de la sorte, disparaissent de volumineux phlegmons ou d'anciennes hématocèles qui, sans cela, persisteraient des années, souvent même indéfiniment.

« De même aussi on obtient d'excellents résultats dans les déviations irréductibles de l'utérus avec adhérences (versions ou flexions), qui, indépendamment de malaises divers, engendrent souvent la stérilité.

« Les métrites parenchymateuses et hypertrophiques qui déterminent ces abondants écoulements glaireux, parfois sanguinolents, sont également susceptibles de guérison. Il n'est pas jusqu'aux utérus infantiles, m'a affirmé Brandt, qui ne deviennent quelquefois capables de donner une grossesse. Ajoutons, enfin, certains troubles fonctionnels et, d'une manière générale, toute inflammation chronique de l'utérus et de ses annexes. »

Traitement de l'orchite tuberculeuse.

Dans une récente thèse, le Dr *Euvrard* préconise le traitement suivant contre le testicule tuberculeux :

Le patient est endormi au chloroforme profondément, car l'opération est longue, parfois très longue, et il faut de la patience pour la mener à bien.

Qu'il y ait foyer suppurant ou non, les prescriptions antiseptiques doivent être scrupuleusement observées. Le scrotum, la verge, le périnée doivent être rasés soigneusement, lavés au savon pendant cinq minutes, puis au sublimé et enveloppés dans des compresses de Bœckel.

Les mains de l'opérateur doivent être désinfectées comme pour une opération sanglante. On allume une pointe longue et mince de thermo-cautère et saisissant le testicule de la main gauche, l'index et le pouce placés à travers la compresse humide de chaque côté du noyau qu'on veut détruire ; on plonge cette pointe dans les foyers malades.

On le fait pénétrer soit par les trajets fistuleux, s'il en existe, soit à travers la peau par un orifice que l'on crée avec la pointe pour pénétrer, soit dans l'abcès qui bombe sous les téguments, soit dans le noyau induré.

Par le mince orifice fistuleux ou créé, on peut détruire la plus grande partie d'une zone épididymaire malade en faisant évoluer la pointe en tous sens.

S'il existe plusieurs fistules on pénètre successivement par chacune d'elles ; s'il y a plusieurs noyaux indurés on les attaque à tour de rôle.

Il faut chauffer le thermo-cautère au rouge vif, car, à peine entré dans les tissus malades, il s'encroûte d'une zone carbonisée, qui laisse difficilement passer la chaleur ; et l'on est forcé de retirer la pointe pour la nettoyer.

La main gauche doit apprécier le travail de destruction de l'instrument ; pour être sûr d'obtenir un bon résultat, la chaleur déterminée doit être telle que la main qui tient le testicule éprouve une sensation de chaleur intense et qu'on renouvelle les compresses humides plusieurs fois pour ce motif.

En général, trois piqûres suffisent pour la destruction totale de l'épididyme et même du testicule, s'il est infiltré.

La durée de l'opération est d'environ une heure. La destruction ignée terminée, on enveloppe le scrotum dans des compresses de sublimé qu'on renouvelle deux fois par jour.

Après quelque temps, ce pansement peut être remplacé par un pansement iodoformé.

Un mois à six semaines après l'opération les

Monsieur le Président de la République,

Le soussigné..

....

prend la respectueuse liberté de solliciter la grâce de Monsieur le Docteur Lafitte, condamné à trois ans de prison par la Cour d'assises de Seine-et-Oise.

Sans parler de la parfaite honorabilité du condamné, de l'invraisemblance de l'accusation, il n'hésite pas à affirmer, qu'après avoir pris connaissance complète des charges relevées contre le Docteur Lafitte, après avoir scrupuleusement examiné les rapports des Médecins légistes, il a acquis la conviction absolue qu'au point de vue médical, l'accusation d'avortement est insoutenable et que le Docteur Lafitte est victime d'une évidente erreur judiciaire.

Confiant dans votre haute équité, il s'adresse à vous, Monsieur le Président de la République, pour faire rendre la liberté à un homme que tout le Corps médical considère comme un innocent.

A..., *le*...

MONSIEUR LE GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE,

Le soussigné..

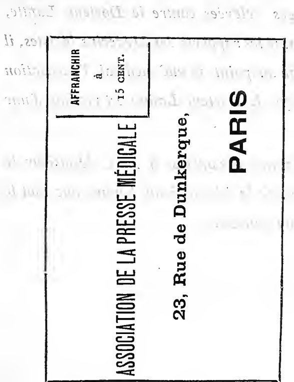
....

prend la respectueuse liberté de solliciter la grâce de Monsieur le Docteur Lafitte, condamné à trois ans de prison par la Cour d'assises de Seine-et-Oise.

Sans parler de la parfaite honorabilité du condamné, de l'invraisemblance de l'accusation, il n'hésite pas à affirmer, qu'après avoir pris connaissance complète des charges relevées contre le Docteur Lafitte, après avoir scrupuleusement examiné les rapports des Médecins légistes, il a acquis la conviction absolue qu'au point de vue médical, l'accusation d'avortement est insoutenable et que le Docteur Lafitte est victime d'une évidente erreur judiciaire.

Confiant dans votre haute équité, il s'adresse à vous, Monsieur le Garde des Sceaux, pour faire rendre la liberté à un homme que tout le Corps médical considère comme un innocent.

A..., *le*..


AFFRANCHIR
à
15 CENT.
ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE
23, Rue de Dunkerque,
PARIS

fistules sont fermées, le cordon reprend son état normal, ainsi que ce qui reste du testicule et de l'épididyme.

Les malades reviennent à la santé, conservant un noyau épididymo-testiculaire dans leur scrotum.

Le plus souvent, quand il existe des lésions du côté de la prostate et des vésicules séminales, ces lésions diminuent, l'état général s'améliore grâce à la suppression du foyer suppurant, cause d'affaiblissement pour le malade aggravée par son état moral.

Les suites opératoires ne donnent lieu qu'à des douleurs fugaces et très supportables. La cicatrisation obtenue on perçoit avec les rudiments testiculaires des cordons, qui marquent le trajet des fistules.

Il va sans dire que dans les cas les plus ordinaires la fonction physiologique de la glande est totalement abolie, reproche qui peut s'adresser à toutes les méthodes de traitement.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Sur les moyens de diminuer la coagulabilité du sang.

Dans le n° 33 du *Concours médical* (18 août 1894), p. 392, j'ai parlé des moyens d'augmenter la coagulabilité du sang par l'administration du chlorure de calcium et par l'inhalation de l'acide carbonique. Aujourd'hui, je me propose de faire un résumé des observations du Dr Wright, sur les moyens de retarder la coagulation du sang, ou de diminuer sa coagulabilité.

Depuis plus de cent ans, les physiologistes de toutes nations se sont occupés de cette question, et cependant il faut confesser que nos notions ne sont encore que très élémentaires, ou du moins si incertaines, que la thérapeutique ne s'est guère occupée de leur application jusqu'ici.

Vers 1770, Hewson (Exper. Inquir. into the properties of the Blood) a constaté qu'un assez grand nombre de sels de soude ou de potasse font disparaître la coagulabilité du sang. D'après Prévost et Dumas (Biblioth. univ. de Genève, 1821, t. VII : Examen du sang), il suffit d'un millième d'une dissolution de soude ou de potasse caustique pour produire cet effet ; certains sels qui, s'ils sont employés en solution suffisamment concentrée, retardent ou même empêchent la coagulation, semblent plutôt la favoriser, si on les ajoute au sang en très petite quantité.

La bile mêlée au sang, hors du corps, l'empêche de se solidifier, d'après la remarque déjà ancienne de J. Hunter (Œuvres complètes, trad. franç. de Richelot, Paris, 1843, t. III, p. 50).

De nos jours, les physiologistes nous enseignent plusieurs méthodes, au moyen desquelles il est possible de retarder indéfiniment la coagulation du sang. Certaines de ces méthodes, comme l'addition de sels neutres au sang, ou le refroidissement du sang jusqu'à près de 0° C., ne sont pas applicables au sang contenu dans les vaisseaux (c'est-à-dire non épanché). D'autres méthodes, l'addition de peptones, ou d'extrait de sangsue, au sang, n'entrent pas dans le domaine thérapeutique, parce que ces substances ne produisent pas leur effet lorsqu'elles sont administrées par la bouche, et si on les injecte dans les veines, on court un grand danger. Bref, de toutes les méthodes, une seule permet de venir en aide au thérapeute ; elle consiste à agir sur les sels de calcium du sang, de manière à en rendre une partie inerte, et à retarder ainsi la coagulation.

Les acides oxalique, citrique, tartrique et malique, ou leurs sels solubles, sont à notre disposition dans ce but. L'acide oxalique et les oxalates, à cause de leurs propriétés toxiques, ne sont pas utilisables. Le Dr Wright se servit donc, dans ses expériences, sur lui-même et sur des animaux, des tartrates et des citrates, introduits par la bouche. Quoique de fortes doses (30 gr. et plus) fussent administrées, aucune diminution dans la coagulabilité du sang ne fut observée.

Il essaya ensuite l'acide tartrique et l'acide citrique, et, par ce moyen, obtint une diminution de la coagulabilité du sang dans toutes ses expériences. Voici quelques détails :

[t = temps que prend le sang à se coaguler].

Chien I. — (Poids, *circ.* 6 kilog.)

A 12.35 P. M., t = 1'50" ; à 12.55 P. M., 15 gr. d'acide tartarique furent administrés « per orem ». A 1.5 P. M., le chien vomit.

A 3 h. P. M., 15 gr. d'acide citrique furent administrés de la même manière ; à 3 h. 45' P. M., t = 3'45".

Le jour suivant, à 12 h. 45' P. M., t = 2'55". A 1 h. 30 P. M., on injecta sous la peau 1 gr. d'acide citrique dissous dans 20 c.c. d'eau distillée ; à 2 h. 30 P. M., t = 3'50" ; à 4 h., t = 4'55". La piqûre faite dans l'oreille saigne abondamment.

Chien II. — (Poids, *circ.* 6 kilog.)

A 1 h. 30 P. M., t = 1'30".

A 1 h. 35 P. M., 1 gr. d'acide citrique (dans 20 c.c. d'eau) est injecté sous la peau ; à 2 h. 45, t = 3' ; à 8 h. (P. M.), t = 3'30".

Le jour suivant, à 11.35, a. m., t = 1'35". A 11 h. 40 a. m., 2 gr. d'acide citrique (dans 40 c c. d'eau) furent injectés sous la peau ; à 1 h. 20 P. M., t = 2'10" ; à 4 h. 30, t = 3'30".

Chien III. — (Poids, *circ.* 7 kilog.)

A midi, t = 1'50". A midi 5', 2 gr. d'acide citrique (dans 40 c.c. d'eau) introduits sous la peau ; à 1 h. 50 P. M., t = 2'30" ; à 4 h. P. M., t = 1'50".

Les injections ne causèrent en apparence aucune douleur ; on n'observa aucun changement dans la respiration.

Exp. du Dr Wright avec son sang.

A 1 h. 45 P. M., 4 h. 1/2 après un simple déjeuner, t = 5'.

A 4 h. 15 P. M., 2 h. 1/4 après un lunch léger, = 3'10" ; à 4 h. 30 P. M., 5 gr. d'acide citrique tfurent avalés dans 50 c.c. d'eau ; à 6 h. 40 t = 7'15" ; à 9 h. 45 P. M., 2 h. après dîner, t = 7', à 11 h. 45 P. M., t < 3'40".

Une semaine plus tard :

A 2 h. 30 P. M., 1 h. après un lunch très léger, t = 5'40". A 2 h. 50 P. M., il avala 5 gr. d'acide citrique dans 100 c.c. d'eau ; à 4 h. 50 P. M., t = 6'50" ; à 5 h. 30, t = 7'50" ; à 7 h., t = 7'40" ; et à 9 h. 15, 1 h. 3/4 après dîner, t = 7'30".

Les résultats de ces expériences sont concluants, en ce qui concerne la seule question qui soit d'importance réelle, à savoir si l'acide citrique peut être absorbé en quantité suffisante et assez rapidement pour influencer la coa-

gulation du sang. La valeur des déterminations de la coagulabilité du sang qui viennent d'être décrites est bien mise en évidence, si on les compare avec les nombreuses déterminations que le Dr Wright a faites de temps à autre, pendant l'année dernière, sur son propre sang ; la plus haute valeur de *t* qu'il ait jamais obtenue étant de 6'15", un jour vers la fin d'une période d'abstinence prolongée, entre le déjeuner et le dîner.

Il semblerait donc que nous voici en possession d'une méthode qui peut s'appliquer à la clinique dans les cas où nous trouvons par expérience que la coagulabilité est fort augmentée (c'est-à-dire que *t* donne un chiffre faible). Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les conditions qui peuvent nécessiter le traitement (telles que certaines varices, la phlébite, l'artérite, certains états cachectiques, et où le sang tend à se coaguler) ; l'expérience seule nous fera savoir quels sont les cas susceptibles de guérison ou d'amélioration par cette méthode.

Il est important de se rappeler que les effets de l'administration de ces acides doivent être observés de près ; il est très facile, surtout si l'on adopte la méthode hypodermique, ou l'injection dans les veines, de précipiter plus ou moins entièrement les sels de chaux du sang sous forme de citrates, et de cette manière, rendre le sang non coagulable, avec la conséquence que l'irritabilité du muscle cardiaque est détruite.

Avant de terminer la question des effets de l'acide citrique sur le sang, il importe aussi d'attirer l'attention sur certains points d'un intérêt clinique :

A. — L'administration de jus végétaux, tels que le jus de citron qui contient l'acide citrique et autres acides organiques (circ. 8 %) en mélange avec une faible proportion (circ. 0.3 %) de sels solubles de ces acides, constitue le traitement usuel du scorbut. Il n'est pas douteux, cependant, que l'administration de l'acide citrique doit être nuisible dans une maladie où il y a une tendance prononcée à l'hémorrhagie, et dans laquelle il y a en général une hémorrhagie des gencives ; même les solutions de citrates devraient être défendues, parce qu'ils empêchent la coagulation du sang sur place, c'est-à-dire la formation de caillots sur les points saignants.

Tout récemment le Dr Wright a eu l'occasion d'observer l'influence défavorable exercée, sur un cas d'hémorrhagie des gencives, par l'administration journalière du jus de citron donné en guise de boisson rafraîchissante.

L'hémorrhagie qui avait duré plus d'un mois sous le régime du jus de citron, fut complètement arrêtée par l'administration de 2 gr. de chlorure de calcium dissous dans 1 litre 1/2 d'eau d'orge — le liquide étant avalé en petite quantité à la fois de manière à produire un effet local, aussi bien que général. Le temps pris par la coagulation, t = 6 1/2 min. avant le traitement, tomba petit à petit jusqu'à 3 1/4 min, quelques jours après le commencement du traitement par le chlorure.

Le désavantage du jus de citron dans ces cas est évident pour quiconque se rendra compte de l'effet que produit l'addition d'une petite quantité du jus à quelques gouttes de sang contenu dans un tube capillaire.

De plus, si, comme cela semble vrai, le scorbut est une condition dans laquelle l'alcalinité du sang est dangereusement diminuée, l'administration de l'acide citrique, à part son influence sur la coagulabilité du sang, est plus qu'inutile dans le traitement ; sa place devant être prise par les citrates et tartrates neutres, ou mieux encore par les acétates qui fournissent au sang les bases alcalines demandées.

Si l'on administre les citrates et les tartrates dans les cas d'hémorrhagie des gencives, il est important, évidemment, de faire rincer la bouche ensuite avec une solution faible de chlorure de calcium.

B. — L'ingestion de fruits verts qui contiennent les acides végétaux est reconnue comme cause fréquente de certains œdèmes de la nature de l'urticaire. Ces œdèmes et l'épistaxis, fréquente aussi, si j'en juge par mon expérience personnelle et par l'observation d'autres cas, apparaissent surtout pendant la période de croissance active, c'est-à-dire lorsque l'ossification est extensive et les sels de chaux sont absorbés du sang en grande quantité. Il serait très intéressant, à ce point de vue, d'examiner la coagulabilité du sang dans tous ces cas.

Nous abordons maintenant une autre méthode par laquelle la coagulabilité du sang peut être intentionnellement ou accidentellement diminuée. Cette méthode consiste à agir sur les gaz du sang, de manière à réduire la quantité d'acide carbonique et ainsi diminuer la coagulabilité.

Les deux méthodes suivantes rentrent, il me semble, dans cette catégorie :

1. *Les mouvements respiratoires rapides diminuent la coagulabilité du sang.*

Hasebroek (*Zeitschrift f. Biologie*, 1882) a établi cette proposition au moyen d'expériences faites sur lui-même. Le Dr Wright n'a pas fait les mêmes expériences, mais il a démontré que l'inhalation d'oxygène produit une diminution notable de la coagulabilité du sang chez les animaux. Le résultat est probablement dû aux respirations très rapides qui s'ensuivent.

2. *L'alcool diminue la coagulabilité du sang.*

Certaines expériences ont été faites dans ce sens par Vierordt (*Arch. f. Heilkunde*, 1878), et il en déduit la conclusion que l'alcool diminue la coagulabilité du sang.

Les expériences suivantes du Dr Wright établissent ce fait sur une base plus assurée :

Sang du Dr Wright (3 ou 4 heures après le lever, 9 h. après le dernier repas), à 4.50 a. m., t = 6' a. 5. a. m. Il prit 1/4 lit. de champagne ; 5.10 a. m. t = 8' ; à 5.20 a. m. t = 8'5" ; à 5.30, t = 9'30".

Le sang du Caporal S. (4 1/2 h. après le dernier repas), à midi, t = 3'15". A midi 10, on donne 1/4 lit. de champagne ; à midi 30', t = 4'27" ; à midi 55', t = 4'30".

Sang du Dr Wright (4 h. après le dernier repas), à 1.20 p. m., t = 4'15".

A 1.30 p. m. il prend 10 c. c. d'alcool absolu ; à 2 P. M. t = 5'30".

A 2 h. 10', encore 10 c. c. d'alcool absolu, à 2 h. 25', t = 6'30" ; à 2 h. 50, t = 5'30".

L'effet de l'alcool sur la coagulabilité du sang a évidemment une importance considérable par rapport à la thérapeutique des cas d'hémorrhagie actuelle ou menaçante.

Comme conclusion, quoique les méthodes que

nous venons de décrire ne rentrent pas encore dans la catégorie des moyens thérapeutiques sûrs, elles sont néanmoins des contributions à une base solide, sur laquelle nous essayons de bâtir de nos jours une hypothèse thérapeutique ferme et en accord avec la science.

Quelques détails sur les moyens d'expérimenter.

L'appareil dont se sert le Dr Wright, dans ses expériences sur la coagulabilité du sang, consiste en 10 à 12 tubes capillaires, de même calibre, soigneusement construits.

Le sang est aspiré dans chaque tube (à intervalle de temps déterminé), et en soufflant dans le tube de temps en temps, on détermine quand le sang cesse de s'écouler, c'est-à-dire lorsqu'il y a coagulation.

Le diamètre des tubes est généralement de 0,25 m. m., et la colonne du sang dans le tube est longue de 5 c. m.

On fait l'expérience comme suit ;

6 tubes, ou plus, sont disposés en ligne devant l'observateur, qui a, à son côté, une montre (avec aiguilles à secondes), du papier et un crayon pour enregistrer le moment où le tube est rempli, et celui où la coagulation a lieu.

Une goutte de sang obtenue d'une piqûre du doigt est aspirée dans le tube capillaire, et le temps est exactement noté. Le doigt est essuyé, puis une autre goutte est exprimée de la piqûre, et on remplit un second tube, etc. Dans la pratique, il convient de remplir les tubes à intervalles d'un quart, ou d'une demi-minute.

Si l'on a affaire au sang normal on attend 2 min. avant de déterminer s'il y a ou non coagulation. La condition du sang, que l'on détermine en soufflant dans le tube, est enregistrée sur une colonne consacrée à chaque tube.

Si le contenu du tube est solide, on écrit « coagulé ». Si le contenu s'écoule facilement en soufflant dans le tube, on note la condition du sang « liquide » ; s'il y a des traces de fibrine, on écrit « en voie de coagulation ».

Si le contenu d'un tube, examiné supposons 3 min. après avoir été rempli, est liquide, tandis que celui d'un tube rempli depuis 4 min. est coagulé, il est important de déterminer de suite la condition du tube voisin. Car, si les tubes sont remplis à intervalles d'une demi-minute on apprend de cette manière la condition du sang au bout de 3 1/2 min.

Voici un exemple qui indique très bien la méthode. On expérimente avec 10 tubes, et on trouve :

Tube (1)	après	2 min. :	contenu liquide.
Tube (2)	—	3 min. :	— liquide.
Tube (3)	—	4 min. ;	— liquide.
Tube (4)	—	5 min. :	en voie de coagulation.
Tube (5)	—	4 1/2 min. :	— liquide.
Tube (6)	—	4 3/4 min. :	— liquide.
Tube (7)	—	5 1/2 min. :	— coagulé.
Tube (8)	—	5 1/4 min. :	— coagulé.
Tube (9)	—	5 min. :	— coagulé.
Tube (10)	—	4 min. 50' :	— coagulé.

Donc le temps (β) de la coagulation, $t \propto 4'50'' - 5'$.

Dr MACEVOY.

REVUE D'HYGIÈNE

M. Le Gendre a présenté, au Congrès de l'Association française, un intéressant rapport sur le surmenage physique des enfants.

L'auteur résume d'abord les prédispositions morbides créées par la croissance : excès de tension artérielle, d'où les palpitations, les épistaxis, les vertiges, certaines céphalalgies ; susceptibilité de l'appareil respiratoire chez les arthritiques ; tendance à l'hyperémie des zones juxta-épiphysaires dans les os ; tendance à l'atonie du plan musculaire gastrique, d'où dilatation de l'estomac, chez les arthritiques encore et chez les nerveux ; enfin, du côté du système nerveux, les céphalées, la chorée, les tics et un certain état psychique où domine un amour-propre exagéré et un engouement facile pour les distractions violentes.

Voici maintenant les accidents imputables aux exercices physiques. C'est d'abord la fièvre de surmenage avec l'abattement, les yeux cernés, les urines rares et foncées, chargées d'urates et de phosphates, l'anorexie et l'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée dans les groupes musculaires plus spécialement fatigués. Puis, l'ostéite juxta-épiphysaire que favorise la congestion des extrémités osseuses ; la dyspepsie par sudation exagérée, ingestion abondante de liquides, inhibition des sécrétions digestives et de la mobilité gastrique ; les troubles cardiaques, depuis les palpitations et la dilatation aiguë du cœur droit jusqu'aux lésions valvulaires, survenant surtout lorsque l'abus physique a lieu pendant la convalescence des maladies infectieuses.

Nous mentionnerons seulement les traumatismes imputables aux exercices violents, notamment au foot-ball : d'ailleurs, comme l'a dit M. de Coubertin, les 30 ou 40 accidents graves observés en Angleterre et causés par ce jeu pendant le premier trimestre 1894, se sont produits dans une masse d'au moins 30.000 individus dont plusieurs, surtout dans les milieux ouvriers, profitent souvent de cette occasion pour vider des querelles personnelles. Mais il est nécessaire d'insister sur le tort fait aux études par l'abus des exercices physiques, en raison des préoccupations morales, qui précèdent les concours de jeux, si en faveur en ce moment, et de la fatigue excessive qui les suit ; car, s'il est vrai que les exercices modérés et méthodiques sont un utile contrepoids au travail intellectuel, il n'est pas moins certain que l'on ne remédie pas à une fatigue intellectuelle par une fatigue physique, celle-ci venant simplement se surajouter à la première.

En somme, conclut M. Le Gendre, nous demandons : 1° que les enfants soient toujours examinés par un médecin, afin qu'on puisse leur défendre tel ou tel exercice susceptible d'aggraver une tare organique ; 2° qu'un entraînement progressif soit toujours exigé ; 3° que l'exercice soit encouragé chez les enfants, mais que le sport et les concours leur soient interdits.

De ce qui précède, nous rapprocherons les observations communiquées par M. Petit à la dernière séance de l'Académie de médecine.

Il s'agit de trois vélocipédistes, dont l'un était âgé de 65 ans et les deux autres de 40 et 45 ans, et qui sont morts subitement en descendant de bicyclette. Le fait important, c'est que tous les trois étaient atteints d'une lésion du cœur.

La peau humaine offre aux microbes un excellent terrain de culture, grâce à sa température uniforme, à l'humidité constante entretenue par les sécrétions glandulaires et aux matériaux nutritifs fournis par la desquamation de l'épiderme.

Nikolski a trouvé sur la peau plus de 20 espèces microbiennes, parmi lesquelles les staphylocoques blanc et doré. Chose singulière, les germes étaient plus nombreux après le bain qu'avant, ce que l'auteur attribue à l'humidité et à la thermalité également favorables de l'eau.

Markoff a trouvé rarement le staphylocoque doré, mais jamais les bacilles du choléra ou de la fièvre typhoïde. Il a noté, 4 fois seulement sur 22 examens, l'augmentation des germes après le bain : ces 4 malades n'avaient pas fait d'ablutions froides immédiatement après la sortie du bain.

Le numéro d'août des *Annales d'hygiène* nous apporte une étude très complète de M. Castex sur l'hygiène de la voix.

Des causes nombreuses peuvent influencer la voix. D'abord l'âge : la mue, qui survient vers 15 ans chez les garçons, et vers 13 ans chez les filles, exige des ménagements particuliers faute desquels la voix peut se trouver irrémédiablement ruinée. Puis, le sexe : la voix est beaucoup plus enrouée pendant la mue chez les garçons ; elle subit chez les castrats les modifications que l'on sait ; elle baisse, chez la femme, pendant les deux ou trois jours qui précèdent le moment des règles, pendant lesquelles tout exercice de chant doit être interrompu. Enfin, le tempérament : la voix est forte et chaude chez les sanguins, facilement troublée chez les nerveux, bientôt fatiguée et souvent altérée par les inflammations des muqueuses chez les lymphatiques.

Les maladies de l'estomac ont une action des plus marquées sur les moyens vocaux ; il en est de même de l'alimentation. Les viandes rouges, le lait, les fruits sont favorables ; les choux, les champignons, les artichauts seront évités. On boira des eaux minérales, des vins rouges ; mais on fuira par-dessus tout l'abus des boissons alcooliques. Les repas seront réguliers et on laissera s'écouler au moins trois heures entre le repas et l'exercice de la voix.

Les exercices du corps sont utiles, à la condition d'être pris avec mesure. La promenade à pied, l'escrime, les haltères, la natation, l'équitation, la bicyclette sans vitesse exagérée, sont recommandables ; les exercices violents, la chasse, le lawn-tennis, la danse, sont nuisibles. Il faut en dire autant de tous les excès, y compris les excès vénériens.

Rien de plus mauvais que les changements brusques de température, le passage subit d'un air froid à un air chaud, et réciproquement : il faut, en pareil cas, rester un moment sans parler, en respirant seulement par le nez. La mer ne convient pas à tous les larynx, surtout parmi les gens nerveux.

L'acoustique des salles est une question importante, mais encore obscure. Certains matériaux, le marbre poli, le bois, les vitrages, sont particulièrement résonnants ; les étoffes absorbent le son ; la pierre, le plâtre, le bois appliqué contre un mur, n'ont à peu près aucune action. Les salles de théâtre oblongues, sans coupole, sans loges profondes, sans ornements, sont préférables ; elles sont rendues meilleures par le temps qui les assèche peu à peu. Les courbes des églises gothiques ou romanes valent mieux que les lignes droites et les angles carrés des églises grecques.

Le feu de bois est le meilleur chauffage pour la voix ; le charbon de terre donne trop de fumée ; les poêles, les calorifères dessèchent l'air ambiant.

Les professions soumises aux brusques transitions de température, à l'humidité, aux poussières, ne sont pas favorables à l'exercice de la voix. Celle-ci se perd souvent par une mauvaise méthode dans les professions dites vocales.

Nous avons vu l'influence funeste de l'alcool ; celle du tabac varie suivant les individus : ce narcotique, favorable à quelques personnes, serait, d'après Chervin, nuisible surtout aux ténors et aux voix âgées ou fatiguées. Certaines odeurs pénétrantes, comme l'oranger, le datura, la violette, le coing, etc., exercent, d'une façon très variable d'ailleurs, un effet fâcheux sur le larynx ou les bronches, ou simplement sur l'état nerveux.

Enfin, il va sans dire qu'il faut compter avec les maladies de l'appareil vocal, qu'elles soient antérieures à l'exercice comme les malformations palatines, les grosses amygdales, les rhinites, les végétations adénoïdes du pharynx nasal, ou bien consécutives à cet exercice lui-même. On observe constamment chez les chanteurs un léger degré de congestion sur les cordes vocales ; on sait aussi combien sont nombreuses les inflammations chroniques de la gorge, du larynx et même de la trachée qui reconnaissent pour cause l'abus de la parole et du chant. Citons, pour mémoire, les maladies du tube digestif, du système nerveux, du cœur, des organes génitaux qui, toutes, influent plus ou moins sur les moyens vocaux.

Abordons maintenant l'hygiène de la voix, et plus particulièrement, de la parole.

Il semble que la parole fatigue l'appareil vocal plus que le chant. L'organe se lasse promptement quand on s'écarte du médium, quand on articule mal, quand on lit souvent à haute voix, car cet exercice comporte peu de haltes. L'orateur devra, dit M. Castex :

1° Etablir sa voix habituelle sur une hauteur, une intensité, un timbre moyens, sur lesquels il pourra parler sans fatigue ; 2° l'étendre dans le grave comme dans l'aigu ; 3° étudier les moments de la respiration ; 4° ne pas perdre de souffle avant l'émission du son ; 5° utiliser au mieux les résonnateurs sus-laryngiens et placer sa voix au niveau des lèvres ; 6° enfin, s'habituer à proportionner la voix au local dans lequel il parle, afin que celle-ci porte mieux.

L'hygiène de l'orateur en personne comporte une vie régulière. Il évitera, d'autre part, l'émotion intérieure qui brise la voix. Si la parole est voilée au début, il se gardera de tousser pour l'éclaircir ; la voix se dévoile en s'échauffant.

Certains orateurs se trouvent bien, quelques heures avant de prononcer leurs discours, de prendre 5 à 6 gouttes de teinture d'aconit. Pendant l'action, si l'enrouement survient, les boissons chaudes, thé ou café, sont avantageuses, ou bien encore des pastilles quelconques qui, agissant surtout comme corps étrangers, stimulent les sécrétions du pharynx.

Nous ajouterons que certaines maladies, la phtisie, les lésions du cœur, commandent une grande réserve dans l'exercice de la voix (1).

Bien des médecins se plaignent que la déclaration obligatoire des maladies infectieuses soit généralement sans aucune utilité pratique. Voici un fait à l'appui de l'opinion contraire.

La commune de Bellegarde est alimentée par deux sources, dont l'eau coule depuis trois ans dans une canalisation en fonte. Ayant appris récemment que la municipalité avait utilisé une partie de l'ancienne canalisation en pierre qui se trouvait dans des conditions particulièrement dangereuses, je profitai d'un cas de fièvre typhoïde et de la déclaration qui s'en suit pour informer M. le Préfet du Gard de cet état de choses : grâce à son intervention, tout était rentré dans l'ordre au bout de quelques jours.

J'espère qu'en pareilles circonstances, à défaut des municipalités trop souvent incompétentes, nos confrères trouveront auprès de l'autorité préfectorale, l'appui nécessaire pour réaliser les mesures réclamées dans l'intérêt de la santé publique.

Dr Amblard, de Bellegarde.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le cas du Dr Lafitte.

Je ne veux pas entrer dans les détails de la non-culpabilité du Dr Lafitte, au point de vue pratique, je veux seulement envisager son cas au point de vue moral et professionnel.

Tout mauvais cas est niable, dit-on, soit ! mais entre l'affirmation d'une pauvre fille entachée d'hystérie (ses réponses le prouvent) et la parole d'un homme marié, père de famille, ayant 50 ans d'âge et 25 ans de pratique honorable, je n'hésiterais pas un instant, si j'étais du jury ; à moins qu'on me donne un mobile assez sérieux pour transformer un honnête homme en bandit.

Etait-il son amant? non! A-t-il reçu une somme ? non, car elle était pauvre ! Alors ???

Mais là n'est pas la question.

Nous sommes médecins et notre devoir rigoureux est de soigner qui nous fait appeler, quel que soit le cas.

Que dirait-on d'un médecin qui se refuserait à donner ses soins à un cholérique, sous prétexte qu'il y a du danger pour sa vie ? Non seulement il serait hué par la foule et par ses confrères, mais, vis-à-vis de sa conscience, il serait indigne d'exercer son Ministère.

Et cependant !

Il est heureux, père de famille, très à l'aise, sain de corps et d'esprit ; qu'irait-il faire dans cette galère ?

Il y va néanmoins, car il veut remplir les devoirs de sa charge. Il était libre de cesser sa profession, avant le danger, comme l'officier d'envoyer sa démission en temps de paix ; mais vienne l'épidémie ou la guerre ; ni l'un, ni l'autre ne doivent déserter leur poste, à moins d'infamie.

Et pourtant, le médecin qui se sauverait d'une épidémie n'aurait peur que de compromettre sa santé ou sa vie, ce qui n'est rien, pour le médecin digne de ce titre. Mais l'appelle-t-on entre minuit et cinq heures du matin dans une soupente ou dans un petit entresol (car la question d'argent, ici, ne fait rien à l'affaire), l'appelle-t-on, dis-je, pour une fausse couche, que le frisson de la petite mort, lui passe dans tout l'être, et que parfois il se récuse, alors que la patiente est atteinte d'une hémorrhagie grave ou d'un empoisonnement septique, que des soins immédiats, seuls, pouvaient conjurer.

Pourquoi se récuse-t-il avec énergie, alors qu'il se transporte, si facilement, près d'un typhique, d'un varioleux ou d'un cholérique ?

C'est que dans ces cas, il n'expose que sa personne et non son honneur, ni la dignité professionnelle de sa corporation. Il veut bien payer partout de sa personne, lorsqu'il s'agit de ne compromettre que sa santé, mais il ne veut pas affronter les risques d'une suspicion ou du déshonneur.

D'où lui vient donc cette épouvante qui au premier abord ne paraît pas justifiée, pour qui a la conscience tranquille ? Mon Dieu ! c'est qu'il sait que la justice est impitoyable quelquefois et qu'il ne lui suffira pas, à lui médecin, de mettre dans un plateau de la balance 50 ans de probité et d'honneur, lorsqu'il y a de l'autre une dénonciation anonyme.

Il se rappelle très bien le cas, remontant à 10 ans, de cet honorable Dr Cabrol, arrêté et mis au secret, pendant près de six mois, pour passer finalement aux assises. Il est vrai qu'il a été acquitté, mais il n'en est pas moins mort de chagrin, deux mois après sa sortie de prison.

Et cependant, si une carrière honorable pouvait militer en faveur d'une enquête sérieuse, c'était bien la sienne, car je doute qu'il y ait beaucoup de médecins pouvant fournir de pareils états de services.

Qu'on en juge : Le Dr Cabrol était grand officier de la Légion d'honneur, ancien médecin en chef de l'armée française en Crimée, marié, père d'une nombreuse famille, âgé de 65 ans et retraité.

Se trouvant encore vert et ayant de grandes charges de famille, sans fortune, comme le sont les vieux soldats, il ouvrit un cabinet de consultations au centre de Paris ; il y reçut un jour la visite d'une jeune fille, ayant fait une fausse couche en deux temps, c'est-à-dire que le fœtus de trois mois était sorti depuis 8 jours, alors que la délivrance se putréfiait dans l'utérus.

Quel était son devoir? faire un lavage antiseptique et sauver la malheureuse d'une mort certaine.

Avait-il à lui demander, si une main criminelle n'avait pas provoqué cette fausse-couche ? avait-il à la dénoncer au Parquet ?

Non ! il avait à la soigner et à la guérir, c'était sa seule mission.

Ne consultant que son devoir, il prit des pinces, débarrassa la malheureuse de ses membranes putréfiées, lui fit une injection d'eau et de coaltar et lui dit de revenir le lendemain. La cliente n'ayant pas, sur elle, le louis, prix de ses soins habituels, il l'inscrivit sur son livre avec son adresse ; il la soigna trois jours et ne voulant pas la mettre en frais, jugea qu'elle était suffisamment bien pour cesser ses visites. La mère de la jeune fille vint le lendemain acquitter sa note (ce qui n'arrive pas toujours, et le Dr Cabrol lui délivra un reçu de 60 francs. C'est ce reçu, qui le fit arrêter.

Voilà cependant toute l'histoire dans sa plus grande simplicité et le Dr Cabrol n'en fut pas moins arrêté, mis au secret et jugé comme le plus vulgaire criminel.

L'acquittement pur et simple n'est pas suffisant pour laver un homme du soupçon ; il n'y a pas de fumée sans feu, dit-on, surtout si l'accusé jouit d'une haute situation, car telle est la nature humaine, soupçonneuse, de bien des gens médiocres !

Conçoit-on maintenant qu'un modeste médecin se fasse tirer l'oreille, pour prodiguer ses soins en pareilles circonstances ?

---

(1) Amblard, *Hygiène élémentaire* 1891.

J'avoue volontiers que j'aimerais mieux avoir à soigner le choléra.

Qu'en résulte-t-il au point de vue social?

C'est que, pour Paris seulement, il meurt au moins cinq cents femmes par an de métropéritonite, d'hémorrhagie ou de septicémie, qu'on aurait pu guérir avec des soins immédiats, si ceux-ci pouvaient se trouver facilement et sans faire courir, à ceux qui les donnent, la perte du meilleur de nous-mêmes : l'honneur professionnel.

On nous dira qu'un honnête homme ne redoute rien ; je viens de prouver le contraire en citant le cas du Dr Cabrol et si l'on consultait tous les médecins de France, il n'en est pas un seul qui ne craigne que pareille histoire ne lui arrive dans ses très délicates fonctions.

Je pourrais citer bien des cas, où je me suis trouvé entre mon devoir et la délation ; j'ai fait simplement, mon devoir comme le font, j'en suis sûr, beaucoup de modestes confrères.

Il est probable que le Dr Lafitte a fait le sien, mais que la délation lui eût coûté moins cher !

Dr X.

Bordeaux, le 17 septembre 1894.

Mon cher confrère et ami,

Comme je vous l'ai écrit, je connais quelques cas d'avortement à la suite de manœuvres chirurgicales. En présence de la solution donnée à l'affaire Lafitte, je me propose d'écrire une « *Etude médico-légale sur l'avortement à la suite de manœuvres chirurgicales* ». Pouvez-vous, d'une part, me communiquer les observations qui ont été déjà portées à votre connaissance et en outre demander à tous les lecteurs du *Concours* de vouloir bien me transmettre toutes notes et indications qu'ils pourraient avoir sur le sujet. S'ils le désirent les observations seront publiées sous une forme absolument anonyme. Il me semble qu'un travail réunissant un grand nombre de cas analogues à celui de notre malheureux confrère, pourrait être très utile à ceux qui demanderont sa grâce, puisque la grâce est le seul espoir de salut qui lui reste.

Merci d'avance et bien affectueusement à vous.

Dr Lande.

Nous engageons vivement nos lecteurs à répondre au désir de notre excellent confrère. Le travail qu'il se propose d'accomplir est d'un pressant intérêt. Il a pour le mener à bien toute la compétence désirable, chargé qu'il est des expertises médico-légales à Bordeaux.

A. C.

REPORTAGE MÉDICAL

Le célèbre physiologiste *Helmholtz*, de Berlin, vient de succomber aux suites de l'hémorrhagie cérébrale qui l'avait frappé récemment.

Erratum. — C'est par erreur que nous avons annoncé que M. Briffaut, de Bruxelles, qui vient d'être tué dans un accident de chemin de fer, était notre confrère. — Ce monsieur était avocat à la cour d'appel.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3940. — M. le docteur Bonzon, de la Celle-Saint-Cloud (S.-et-O.), membre du Syndicat de Versailles.

N° 3941. — M. le docteur Pertat, de Joinville (Haute-Marne), membre de l'Association des médecins de la Haute-Marne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Mignard, de Fontaine-Française (Côte-d'Or) ; Poix, de Montauban (T.-et-G.), et Potel, de Veules (Seine-Inférieure), membres du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Guide de diagnostic gynécologique *à l'usage des praticiens*, deuxième édition, revue et augmentée par le Dr Berlin (*de Nice*), avec une préface par le Dr Auvard, *accoucheur des hôpitaux de Paris*. — Un volume de 300 pages, avec 72 figures, dont une hors texte, prix six francs.

Un *esprit nouveau* a transformé, en peu d'années, l'enseignement et la pratique de la gynécologie. Tout médecin, dont l'éducation gynécologique date seulement de quinze ou vingt ans, a le devoir de refaire cette éducation de fond en comble, s'il ne veut retarder d'un demi-siècle.

Sous la forme tout à fait inédite d'un guide de diagnostic, le livre du Dr Berlin s'adresse aux praticiens qui comprennent la nécessité de cette évolution. Ce n'est pas une réédition banale des traités didactiques de gynécologie parus dans ces derniers temps ; c'est l'œuvre d'un clinicien qui expose à ses confrères sa pratique personnelle ; chaque ligne donne l'impression de choses vues et vécues tous les jours. Tout comme par la lecture des traités classiques, avec certaines longueurs en moins et l'intérêt clinique en plus, le médecin se trouve initié aux données essentielles de la gynécologie moderne et passe en revue les principales éventualités de la pratique.

Trois grands chapitres montrent les trois stades que doit parcourir le médecin dans l'examen de la femme : Interrogatoire de la malade ; — Exploration directe des organes génitaux ; — Étude des troubles extragénitaux, de l'état général, des diathèses.

Nous ne saurions mieux indiquer l'essence du livre et l'esprit de rigoureuse méthode qui l'a inspiré qu'en citant simplement les subdivisions de ces trois grandes parties qui charpentent l'ouvrage : L'interrogatoire de la malade comprend : — Chapitre Ier : Les Commémoratifs. — Chapitre II : Les Symptômes douloureux. — Chapitre III : Les troubles fonctionnels. — Chapitre IV : Les déformations extérieures spontanément révélées. — L'exploration directe des organes génitaux offre : — Chapitre Ier : Conditions cliniques de cette exploration, avec la description de l'aménagement type d'une salle d'exploration gynécologique. — Chapitre II : Examen extérieur du ventre. — Chapitre III : Examen de la vulve. — Chapitre IV : Examen du vagin et des organes génitaux internes (toucher appliqué au vagin, à l'utérus, aux culs-de-sacs, toucher rectal, toucher vésical). — Chapitre V : Examen du vagin et des organes génitaux internes (*suite*), avec un chapitre très important et original sur l'hystérométrie, sa technique, son utilité diagnostique. — Chapitre VI : Examen du vagin et des organes génitaux internes (*suite et fin*), contenant tout ce qui a trait au spéculum. — Chapitre VII : Procédés d'exception (l'examen micrographique et microbiologique, l'anesthésie exploratrice, la laparotomie exploratrice). — L'étude des troubles extra-génitaux termine l'ouvrage.

L'accueil fait à cette tentative originale en montre bien l'utilité pratique et la valeur, puisque, moins d'un an après la mise en vente du premier exemplaire, nous présentons au public médical la *deuxième édition*, revue et augmentée du « *Guide de Diagnostic gynécologique* ».

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année **N° 39** 29 Septembre 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

DEMANDE DE GRACE DU Dr LAFITTE

Le corps médical, tout entier, a répondu à l'appel qui lui a été adressé par les cinquante journaux de médecine qui font partie de l'*Association de la Presse Médicale.*

Malgré la légitime impatience qui nous anime tous, d'abréger la captivité de notre confrère, ce n'est qu'aujourd'hui samedi 29, que les deux dossiers de pétitions ont pu être remis, en règle, à la Présidence et au Ministère de la Justice.

Ce dossier se complète tous les jours, par l'arrivée de nouvelles pétitions. Celles qui parviendront ultérieurement seront jointes aux premières et feront l'objet d'une seconde remise.

Dès aujourd'hui, nous pouvons dire, sans exagération, que les signatures recueillies représentent la très grande majorité du corps médical.

En effet, il était matériellement impossible, sous peine de retards trop considérables, d'inviter les bureaux des Associations et Sociétés médicales, à réunir leurs membres, pour leur demander leurs signatures.

Il suffisait de recueillir celles des présidents, représentants autorisés des Associations et Sociétés Médicales.

La liste des signatures comprend Ministres, Sénateurs, Députés, Doyens, Directeurs et Professeurs des Facultés et des Écoles ; Membres de l'Académie de Médecine ; Membres de la Société de médecine légale ; Médecins des hôpitaux, Président général, Secrétaire général et Membres du Conseil de l'Association générale ; Présidents de 42 sociétés locales ; Président de l'Union des Syndicats ; Président du Syndicat de la Seine et Présidents de cinquante-cinq syndicats médicaux ; Président du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement et nombre de Présidents de ces Sociétés ; Membres du Conseil de Direction du Concours Médical et Directeurs de la plupart des journaux de médecine et signatures individuelles d'un nombre énorme de médecins de toutes les parties de la France.

A la demande en grâce, sont jointes les requêtes des avocats, celle du bâtonnier de Versailles, Me Haussmann, qui a plaidé devant la Cour d'assises, et celle de Me Gauthier de Clagny, qui a plaidé le pourvoi en cassation ; ensuite la pétition des habitants de *Sfax* et de *Tunis* et celles des habitants de *Rosny* et communes environnantes, où exerçait le docteur Lafitte.

Nous sommes autorisés à ajouter que M. le Doyen Brouardel fera, de son côté, ce qui est en son pouvoir, en faveur du condamné.

En un mot, la manifestation en faveur du condamné a un tel caractère que l'on est fondé à espérer que la série des malheurs qui a fondu sur M. Lafitte, sera cette fois conjurée et que les décisions du Président de la République et du Ministre de la Justice seront favorables et viendront, sans de trop grands délais, rendre l'infortuné à la liberté.

Nous apprenons, par les délégués du *Syndicat de Versailles*, qui sont allés lui rendre visite, que sa santé est déjà compromise.

Fasse le ciel, que la grâce espérée ne vienne pas trop tard, pour lui et pour les siens.

En ce qui concerne les mesures à prendre en faveur des enfants, elles seront décidées dans la réunion de l'*Association de la Presse médicale* le vendredi cinq octobre et nous en informerons nos lecteurs.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

La technique du massage de l'estomac dans la dyspepsie et la dilatation.

Voici, d'après M. *Critzman*, la manière dont il faut pratiquer le massage de l'estomac :

« Le malade, après avoir vidé sa vessie, se met dans le décubitus dorsal, absolument à plat, les jambes fléchies, sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin. Il respire doucement, la bouche légèrement entr'ouverte ; le médecin se place à sa gauche et lui fait face. Une fois dans cette position, la recherche de l'estomac est aisée.

« Il faut d'abord rigoureusement *déterminer les rapports de l'estomac avec la paroi abdominale*. Lorqu'il est distendu ou dilaté, sa face antérieure est accessible à l'exploration dans un petit espace triangulaire (triangle de Labbé), dont la base regardant en bas répond à la grande courbure de l'estomac, et dont les bords sont formés; à droite, par le lobe gauche du foie, et à gauche, par le rebord des fausses côtes.

« On commence par bien déterminer, à l'aide de la percussion, le bord gauche du foie ; il n'y a pas de zone de transition entre la matité superficielle du foie (il faut percuter le lobe gauche du foie, très doucement et très superficiellement) et la sonorité tympanique de l'estomac. On marque le point où cette sonorité commence brusquement, en haut, en partant du sternum et en descendant, suivant une ligne oblique, vers le cartilage relativement mobile de la dixième côte gauche et, en bas, partant de la pleine matité hépatique pour se diriger vers l'ombilic.

« On obtient ainsi deux points de repère, qui, réunis, donnent le côté droit du triangle gastro-pariétal. De l'extrémité supérieure de cette ligne ainsi établie, on descend une seconde ligne oblique, qui suit les rebords des fausses côtes gauches pour s'arrêter au niveau du cartilage de la dixième côte : son sommet étant relié au cartilage de la neuvième par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur (Labbé), ce cartilage est très mobile ; on peut donc aisément le déterminer en le pressant avec le doigt ; il se produit un bruit spécial, absolument caractéristique. En réunissant les extrémités inférieures de ces deux lignes, on obtient la limite inférieure de l'estomac. Ce premier examen doit être fait à jeun, le matin par conséquent.

« On cherche si la percussion de l'estomac au niveau des limites établies produit le glou-glou. Ce bruit peut également être dû au côlon transverse. Dans ce cas, il naît sous les doigts qui explorent, même l'estomac étant complètement vide. Lorsque ce bruit n'existe pas, on donne au malade environ 200 grammes de liquide (lait et eau de Vichy, parties égales), et l'on recherche de nouveau ce bruit de glou-glou. Cette exploration prouve que la grande courbure de l'estomac descend en raison directe (toute proportion gardée) de la quantité de liquide ingéré. Il ne faut donc jamais masser l'estomac à vide. Chaque massage doit être précédé d'une ingestion de 2 à 300 gr. de lait.

« Une fois ces précautions prises, on procède au *massage proprement dit*. Il y a trois temps à observer :

« 1er *temps* : Graissage de tout l'hypochondre gauche. Tapotement et bâchage des muscles droits antérieurs. Durée, 2 minutes.

« 2e *temps* : Frottement discontinu profond à l'aide du pouce de la main droite et de celui de la main gauche alternativement. On part de la grosse tubérosité de l'estomac (limite gauche du triangle) en se dirigeant obliquement à droite (angle hépatique). Le frottement discontinu consiste en des applications des pouces avec glissement interrompu. Durée, 4 minutes.

« 3e *temps* : Dans les deux premiers temps, le médecin se trouve à gauche du malade, lui faisant face. Dans le troisième temps, l'opérateur se tient toujours à gauche, mais tourne sur lui-même, de manière à prendre à revers le ventre du malade. Cette position est exigée par la dernière manœuvre, qui est fort délicate et à laquelle il faut attacher une grande importance.

« Une fois placé, l'opérateur insinue ses deux pouces sous les fausses côtes gauches, en déprimant énergiquement et progressivement la paroi abdominale, il avance ensuite les deux pouces en les écartant et les réunissant successivement, pour les diriger vers le pylore et la grande courbure de l'estomac. Il revient ensuite sur ses pas en exécutant les mêmes mouvements. Sous l'influence de cette pression égale et dissociée, on sent l'estomac se contracter énergiquement ; le mouvement de retour cause souvent au malade des renvois gazeux, dont il se trouve très bien. Durée de cet exercice : 8 minutes.

« Le massage terminé, le malade doit garder pendant une demi-heure le repos absolu dans le décubitus dorsal, la tête légèrement surélevée.

« Le massage de l'estomac doit être continué jusqu'à ce que l'estomac ait récupéré sa motricité normale.

« Si après trente séances, l'amélioration est nulle, le pronostic sera grave. »

Ce traitement n'agit d'ailleurs que sur la motricité de l'estomac et non sur sa structure ; il faut y joindre le traitement classique de l'hyperchlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie.

La bicyclette pour les femmes.

La grande question à l'ordre du jour de l'Académie de médecine est celle des avantages et des inconvénients de la bicyclette, si furieusement à la mode aujourd'hui. Il est assez extraordinaire de voir la diversité des opinions émises par des hommes qui, pour la plupart, n'ont pas l'expérience de la question et qui veulent quand même pontifier sur ces sujets peu à leur portée. « Il y a eu des cas de mort subite, dit-on à l'Académie. Oh ! alors c'est un plaisir dangereux ; il faut le défendre ou au moins le restreindre. » Il y en a bien d'autres plaisirs dangereux au même titre, et personne, pas même bien des vieillards de l'Académie, n'oserait les interdire, car peu s'en abstiennent. Non, il ne faut pas parler de ce que l'on ne connaît pas et l'Académie n'a que faire d'examiner cette question, car les bicyclistes ne s'en tourmenteront pas plus pour cela, et peut-être même ils s'en moqueront.

Nous sommes partisans de la bicyclette, bien entendu comme exercice et non comme passion, ni comme moyen de sport et de concours. L'exagération est toujours mauvaise ; c'est presqu'une vérité de M. de la Palice.

Nous disons même plus : avec Lucas-Championnière nous conseillons la bicyclette aux femmes. Notre confrère *le Journal de Médecine de Paris* s'est livré sur ce sujet à une série d'interviews, dont il dégage les conclusions suivantes :

« La grande majorité des médecins est favorable à l'exercice de la bicyclette pour la femme, à la condition expresse qu'il soit modéré, pratiqué en dehors des périodes menstruelles et qu'il n'y ait aucune contre-indication du côté de ses organes.

« Non seulement, ils le jugent inoffensif, mais encore ils estiment qu'il est bienfaisant par son action sur la santé générale ; de plus. ils le conseillent dans le traitement de certaines maladies générales ou locales, telles que : la neurasthénie et les troubles nerveux, l'hystérie, la morphinomanie, tous les cas de débilité (anémie, chlorose, lymphatisme), comme stimulant de la nutrition, dans la fatigue intellectuelle, le diabète, la dyspepsie, le spleen, la goutte, le rhumatisme subaigu et chronique, la constipation, la migraine, la tuberculose au début, l'emphysème, la bronchite chronique, l'aménorrhée par anémie pelvienne, la dysménorrhée nerveuse, enfin quelques cas d'hydarthrose légère et d'arthrite sèche. Contre-indications : états congestifs habituels ou accidentels des organes utéro-ovariens : affections cardiaques.

« L'action congestive de la bicyclette est indéniable et quelques-uns ont observé quelques cas de métrorrhagie, d'érotomanie, de déplacements utérins.

« On conçoit parfaitement que des désordres de cette nature puissent se produire. Mais ne convient-il pas, en bonne justice, de les considérer comme des exceptions, survenant chez des sujets prédisposés, probablement après des excès, du surmenage, et auxquels l'usage de la bicyclette doit être interdit au même titre qu'à la classe des malades dont l'état présente des contre-indications ?

Il serait bon néanmoins qu'avant de débuter, toutes les femmes qui ont quelque raison de craindre des accidents, soit par suite de la faiblesse de leur santé, soit qu'elles aient déjà été éprouvées, prissent la précaution de s'assurer médicalement de l'intégrité de leur constitution.

« Il y a encore bien des points à étudier dans cette intéressante question ; il y a lieu, par exemple, de faire d'une manière approfondie l'examen des conditions hygiéniques les plus favorables et de compléter les conseils un peu sommaires qui ont été indiqués.

« Le corset d'abord : qu'il soutienne sans serrer afin de laisser la liberté des mouvements respiratoires ; d'aucuns veulent qu'il descende assez avant sur l'abdomen. Nous pencherions vers la forme portée par les amazones, courte et ronde sur le devant.

« Les autres vêtements doivent être amples, en tissu de laine, principalement sur la peau, sans exercer de constriction sur aucune partie du corps.

« Il faut aussi noter le conseil du médecin Doran et emporter toujours sur sa machine une jaquette pour la revêtir aux haltes. »

La forme actuelle de la selle est généralement et spécialement désapprouvée : on lui attribue la plupart des méfaits dont certains accusent le cyclisme ; cette accusation paraît très fondée : en effet, telle qu'elle est actuellement disposée, elle froisse le périnée et les organes sexuels.

Traitement de la diphtérie oculaire.

Voici, d'après le Dr *Valude*, le traitement le plus efficace de la conjonctivite, dite diphtérique, et provoquée le plus souvent par des associations microbiennes :

Il faut absolument proscrire l'emploi du nitrate d'argent, du sublimé et de la glace. Le mieux est :

1° *Irrigations* chaudes, abondantes, les paupières étant écartées, avec l'eau boriquée ou l'eau opiacée.

Eau stérilisée distillée......	5 gr. 00
Extrait thébaïque..........	0 gr. 10

F. S. A. — Usage externe.

2° *Antisepsie de la conjonctive*, par la solution naphtolée en injections, ou simultanément par l'introduction bi-quotidienne de la pommade antiseptique :

Vaseline....................	5 gr. 00
Iodoforme..................	0 gr. 10

3° Pendant la *période d'élimination* des fausses membranes :

Terpinol.............	ãã 10 gr. 00
Huile de vaseline.....	
Iodoforme.............	0 gr. 40

En applications sur les fausses membranes, surtout s'il existe des lésions cornéennes.

4° Au besoin, *attouchements* sur ces mêmes fausses membranes, et selon la méthode de Fieuzal, avec un pinceau imbibé de jus de citron.

Les phlegmons périmaxillaires d'origine dentaire.

Un élève du Dr *Magitot*, le Dr *Dumont*, de Paris, vient d'étudier, dans une très intéressante thèse, les accidents phlegmoneux consécutifs aux arthrites alvéolo-dentaires. D'après lui, le plus souvent, les phlegmons péri-maxillaires ont pour origine une *arthrite alvéolaire*. L'on peut même considérer comme exception toute autre origine.

L'intégrité des dents a causé de nombreuses erreurs sur le point de départ de ces phlegmons ; or, nous savons que les couronnes dentaires peuvent être saines, bien qu'il y ait *arthrite alvéolaire*.

L'intervention doit être rapide, et faite d'abord sur le lieu du début. C'est pour avoir méconnu ce principe que, souvent, les formes les plus redoutables ont pu naître des lésions initiales les plus insignifiantes. Il y a donc là une question de mesure et d'opportunité.

L'importance et la gravité des accidents septiques, des accidents nerveux, (tétanos, tics douloureux de la face, épilepsie), des accidents oculaires et auriculaires, doit placer l'art dentaire dans un bon rang parmi les branches de la médecine et de la chirurgie.

Nous ferons donc, avec M. Magitot, ce vœu : que tout dentiste doit être avant tout un médecin ; et cet autre vœu : que tout médecin de-

vînt quelque peu dentiste, ne fût-ce que pour apprendre à discerner, au cas échéant, la nature des accidents consécutifs aux lésions dentaires, le mécanisme de leur production et l'opportunité d'une intervention qui, dans certaines circonstances, peut sauver la vie d'un malade.

La méthode réfrigérante dans la pneumonie.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler des beaux résultats que fournit la méthode réfrigérante dans les affections thoraciques : c'est une méthode déjà fort en honneur à Lyon, mais malheureusement bien dédaignée à Paris. Comme le dit avec raison, dans le *Lyon médical*, M. le Dr *Chambard-Hénon*, les médecins parisiens sont toujours hydrophobes :

M. Cadet de Gassicourt, ancien médecin de l'hôpital Trousseau, dit que les bains froids pourraient être appliqués sans inconvénient, mais ne paraît pas s'en être servi. Même chose pour M. Hutinel, de l'hospice des Enfants-assistés. M. Legroux, sur le même sujet, ne parle pas des bains froids. M. Descroizilles, de l'hôpital des Enfants-malades, ne veut pas de la méthode réfrigérante.

M. Chambard-Hénon cite une observation fort probante à l'appui de son opinion sur la méthode réfrigérante :

« Un enfant de trois ans et demi, affaibli par un état fébrile antérieur, a pris secondairement une pneumonie double à forme très grave, qui a duré du 10 au 18 janvier ; il a été soumis à la méthode des bains froids pendant sept jours.

Pendant ce temps, l'enfant a pris 32 bains, à 34° au début pour arriver à 28° comme formule définitive. Sous l'influence du traitement, le délire a cessé, l'état général est allé en s'améliorant et surtout le malade a uriné. Il a éliminé ce que nous appelions autrefois l'empoisonnement du sang, et ce que nous appelons plus exactement les toxines aujourd'hui. »

Peu à peu, nos confrères et même nos clients, finiront par abandonner leur hydrophobie et feront pour la pneumonie comme pour la dothiénentérie ; mais il faut beaucoup de temps pour arriver à cette révolution.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Traitement des maladies du cœur chez l'enfant.

Endocardites aiguës.

Au cours d'une des maladies primitives aiguës, réputées génératrices de complications cardiaques, comme la polyarthrite rhumatismale, les infections pneumococciques ou streptococciques, lorsqu'on a constaté les symptômes et signes attestant la localisation du principe infectieux sur l'endocarde, quelles sont les indications thérapeutiques, qui découlent de cette constatation ?

Il y a lieu de se demander ; d'une part, dans quelle mesure l'inflammation de l'endocarde peut influer sur la marche de la maladie primitive, en affaiblissant à un moment donné l'impulsion cardiaque ; d'autre part, quels inconvénients pour l'avenir du malade peuvent dériver du passage de cette inflammation à l'état de lésion orificielle chronique.

A dire vrai, la vigueur de la fibre cardiaque chez l'enfant est telle qu'il est beaucoup plus rare chez lui que chez l'adulte de voir l'organisme en détresse au cours d'une maladie infectieuse, par suite de la défaillance du cœur. Cependant le fait se voit dans la scarlatine, la fièvre typhoïde, les broncho-pneumonies.

Il est certain que, si la contractilité cardiaque fléchit du fait de l'endocardite, les stases sanguines dans les viscères mettront obstacle au fonctionnement des grands appareils par lesquels l'organisme se sauve dans les maladies aiguës, reins, foie, système nerveux, appareil respiratoire. Dès l'apparition des premiers signes d'affaiblissement des contractions cardiaques, il faut donc stimuler l'activité du cœur, en prescrivant les médicaments qui ont la propriété de renforcer la contractilité du myocarde ; digitale, caféine, strophantus, spartéine, convallaria.

Le second problème soulevé par la constatation d'une endocardite aiguë, est celui de savoir si la thérapeutique ne peut réussir à prévenir la formation des lésions orificielles dans l'avenir. Si nous consultons les classiques, ils nous disent que nous disposons de deux ordres de moyens : les révulsifs appliqués sur la région précordiale, dont je rapproche les émissions sanguines locales, — la saignée générale, qui diminue du sang ; — l'usage de certains médicaments capables de modérer la fluxion des séreuses, de prévenir l'organisation des exsudats. Ces médicaments sont, les uns, réputés fluidifiants du sang, comme les alcalins (bicarbonate de soude ou de potasse), les mercuriaux (calomel) ; les autres, dérivatifs, comme les purgatifs, les diurétiques.

Le mouvement universel de révision de la thérapeutique à la lumière de la physiologie contemporaine et de la pathologie microbienne est venu, il faut l'avouer, battre rudement en brèche les idées classiques sur ces divers points. Quand on entreprend de raisonner le mode d'action possible des diverses médications traditionnellement opposées à l'endocardite aiguë, on ne peut se défendre d'un réel embarras.

L'inflammation de l'endocarde étant la conséquence d'une irritation produite sur la séreuse par le contact de microbes qui s'y déposent ou de produits chimiques fabriqués par les microbes et charriés par le sang, on pourrait être tenté de penser que la saignée, soustrayant en même temps qu'une certaine quantité de sang une certaine quantité de microbes et de poisons, peut diminuer les effets de ces poisons ou de ces microbes sur l'endocarde. Mais, en réfléchissant que la lésion est déjà effectuée quand nous la constatons par les signes stéthoscopiques et que, pour une petite quantité de poison retirée, nous privons en même temps l'organisme d'une part de ses défenses (leucocytes phagocytaires, hématies porte-oxygène, sérum peut-être bactéricide), on arrive à se dire que la saignée ne peut être qu'inutile, sinon nuisible.

On peut appliquer le même raisonnement aux sangsues et aux ventouses scarifiées : quel espoir y a-t-il que la soustraction du sang faite à quelques vaisseaux de la peau, puisse diminuer

l'afflux excessif du sang dans les capillaires de l'endocarde ?

L'action des révulsifs, comme l'iode en badigeonnages, les ventouses sèches, le vésicatoire et les pointes de feu, me paraît douteuse au cours d'une endocardite aiguë. J'ai vu employer tous ces moyens et les ai employés moi-même, mais sans être convaincu qu'ils aient une influence réelle sur l'évolution du processus inflammatoire.

Je considère comme bien supérieur le procédé usité en Allemagne de *l'application du froid sur la région précordiale* au moyen de vessies de glace. Ce moyen fait d'abord disparaître la douleur et l'anxiété précordiale ; il diminue, en outre, d'une façon très nette, la violence et la fréquence des battements du cœur dans la période d'excitation qui caractérise le début de l'endocardite.

En même temps, il est naturel d'employer à l'intérieur, suivant la nature de la maladie, tel ou tel médicament antiseptique dont l'action paraît devoir être plus particulierement efficace contre le microbe pathogène de la maladie primitive. Ainsi le salicylate de soude et l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu, le sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, s'il est vrai qu'ils agissent par le procédé de l'antisepsie du milieu intérieur, doivent continuer à être administrés au cours de ces maladies, quand il s'y produit de l'endocardite aiguë ; et si le calomel a paru réussir à modérer l'inflammation de l'endocarde au cours d'autres maladies fébriles aiguës, c'est peut-être à son action antiseptique sur les microbes circulant dans le sang qu'il faut en accorder le mérite, plutôt qu'à la propriété de rendre les exsudats plus fluides à la surface des séreuses, ou de rendre moindre la tendance du sang à former des coagulations fibrineuses.

Mais il ne faut pas oublier en même temps de soutenir la contractilité du cœur par l'emploi de la *digitale*. Ce médicament, rendant les battements du cœur à la fois plus lents et plus énergiques, doit être administré dès que l'on saisit quelqu'indice d'arythmie ou que le pouls acquiert une fréquence supérieure à celle que comporte l'âge de l'enfant ou la température. On ne perdra pas de vue les règles suivantes : donner la digitale à dose suffisante pour obtenir un effet réel, mais à dose fractionnée dans les 24 heures ; — ne pas administrer la digitale plus de trois jours de suite, à cause de sa tendance à s'accumuler dans l'organisme, puisqu'elle met près de huit jours à s'éliminer. Nous ne saurions conseiller la digitaline à cause de sa trop grande toxicité.

Les préparations de digitale préférables chez l'enfant sont : la *teinture*, aux doses de V à XX gouttes ; l'*infusion de poudre de feuilles*, à la dose de 5 à 50 centigrammes ; le *sirop*, à la dose d'une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe.

Poudre de feuilles de digitale {
0 gr. 05 à 0,20 au-des. de 5 ans
0 gr. 20 à 0,30 de 5 à 10 ans.
0 gr. 30 à 0,50 de 10 à 15 ans.

Faire infuser pendant 20 à 30 minutes dans :

Eau bouillante.......... 60 à 150 gr.

Filtrez et ajoutez ;

Sirop d'écorce d'orange.. 20 à 30 gr.

A donner par cuillerées à café, à entremets ou à soupe d'heure en heure.

Lorsque le processus aigu de l'endocardite tend à passer à l'état chronique, c'est-à-dire lorsque, la fièvre étant tombée, le pouls régularisé, les phénomènes précordiaux pénibles disparus, on entend les murmures orificiels se transformer en bruits de souffle de plus en plus nets, intenses et constants, c'est alors qu'il m'a paru plus utile d'employer les moyens révulsifs du genre des pointes de feu et des vésicatoires volants, à la condition pour ces derniers qu'il n'existe pas d'albuminurie. C'est par une série de petits vésicatoires successifs, larges comme une pièce de 5 fr. en argent, laissés chaque fois deux à trois heures seulement en place, mais appliqués tous les 4 ou 5 jours, qu'on peut demander avec quelque chance de succès, la régression des altérations valvulaires que la poussée aiguë laisse après elle.

Simultanément on administrera l'iodure de potassium.

Iodure de potassium........: 3 gr.
Eau........................: 150 —

Une cuillerée à café de cette solution contient 0,10 d'iodure.

On en donnera 1 à 5 par jour.

Quand plus tard, on n'a rien obtenu par ces moyens, on se trouve en présence de l'endocardite chronique à lésions orificielles immuables ; il n'y a plus alors à se préoccuper de traiter la lésion, mais il reste à retarder l'apparition de ses conséquences plus ou moins lointaines par l'hygiène et le traitement des maladies valvulaires.

Affections valvulaires chroniques.

Que l'endocardite aiguë initiale ait été causée par l'une ou l'autre des maladies infectieuses, qui frappent l'enfance, fièvre rhumatismale, scarlatine, chorée, fièvre typhoïde, si l'affection aiguë n'a pas subi une résolution complète, et si on constate les signes stéthoscopiques d'une lésion valvulaire définitive, il faut recommander aux parents d'organiser pour le petit malade une hygiène qui lui permette de franchir sans accidents les périodes dangereuses de la croissance et de la vie scolaire.

Nous ne pensons pas qu'il faille exagérer les précautions au point de transformer le pauvre enfant en un infirme, auquel seraient interdits tous les actes de la vie commune. Il faut, au contraire, trouver pour lui une façon de vivre qui lui permette de se développer aussi complètement que possible, sans compromettre le travail de compensation que la nature accomplit sourdement et lentement dans toute lésion valvulaire : éviter les inflammations et congestions broncho-pulmonaires, la fatigue physique excessive et les émotions trop vives, les troubles digestifs, voilà le programme à remplir.

C'est assez dire que l'éducation en commun dans les grands établissements scolaires et le sport athlétique, si en faveur depuis quelques années, ne conviennent pas au jeune cardiopathe. Pendant les premiers mois, pendant une ou deux années même, la course, le saut lui seront interdits ; seule la promenade en terrain plat lui conviendra comme exercice, avec des repos ménagés. Cependant on lui fera faire peu à peu

certains exercices méthodiques, consistant en mouvements lents, plus particulièrement en mouvements passifs de flexion et d'extension des membres inférieurs, du tronc, des séances de chant courtes. Plus tard, on se trouvera bien d'appliquer la méthode d'Œrtel, qui consiste à faire des promenades d'une durée graduellement plus longue, sur terrain progressivement de plus en plus incliné, mais toujours d'un pas lent et régulier, en ménageant sa respiration et en faisant des temps d'arrêt fréquents.

On exigera la régularité des heures des repas, on dispensera les liquides en quantité modérée; on écartera tout ce qui peut produire de la dyspepsie flatulente, de la constipation, de la congestion hépatique.

On garantira l'enfant contre le froid et l'humidité ; c'est-à-dire que, si on le peut, on l'enverra passer les plus durs mois de l'hiver dans un climat sec et peu rigoureux, tout en lui évitant aussi un climat chaud et humide, amollissant. Surtout, on l'endurcira contre les causes accidentelles de refroidissement par les frictions quotidiennes et par les lotions à l'eau froide.

On veillera à ce que le sommeil soit suffisant.

Dès qu'une bronchite sera constatée, on la guérira vite et complètement.

Quand la compensation sera franchement établie, on pourra permettre certains jeux n'exigeant pas de mouvements trop désordonnés ; mais on ne permettra pas ceux qui, basés sur une émulation excessive, ont pour inévitable conséquence le surmenage : canotage, natation, rallye-paper, foot-ball ; l'escrime est possible, mais seulement avec le maître et sans assaut ; la leçon d'équitation, mais non le galop sans surveillance, etc.

Dans les périodes où le développement du thorax se ralentit proportionnellement à celui du cœur, on redoublera de précautions.

On surveillera d'assez près les relations de l'enfant avec ses camarades pour le défendre contre l'onanisme.

Pour la fille, l'établissement de la menstruation est une étape où la surveillance est plus que jamais nécessaire. On ne la conduira pas dans le monde de bonne heure, et au spectacle fort rarement, à cause de l'influence fâcheuse des atmosphères surchauffées et de la danse.

L'adolescent traversera la période de compensation exagérée, d'hypersystolie. C'est l'époque des céphalées, des épistaxis, des tintouins. Les bromures à doses modérées, les purgatifs de temps en temps modéreront ces symptômes incommodes.

L'équilibre circulatoire une fois établi (eusystolie), l'hygiène seule doit être surveillée.

Puis, si la maladie cardiaque s'empire, on surveillera méthodiquement les divers organes sur lesquels retentit la fatigue du cœur, l'hyposystolie : le foie en première ligne, les reins, le poumon. La congestion hépatique est un des premiers indices de la rupture de la compensation : on y remédiera par la suppression des excitants du foie, vin, épices ; on appliquera des révulsifs sur l'hypochondre, on donnera quelques purgatifs, sels neutres. La congestion pulmonaire des bases sera la source d'indications analogues.

Les points de côté, indices de congestion splénique ou hépatique, sont combattus par les révulsifs.

S'il y a apparition de l'œdème malléolaire avec arythmie, après purgatif drastique (jalap, scammonée), et institution du régime lacté, la médication excito-motrice du myocarde doit entrer en scène avec la digitale ; après trois ou quatre jours de digitale, et quelques jours de repos, la caféine.

Caféine	0 20 à 0 50 gr.
Benzoate de soude	0 50
Sirop de menthe	20 à 30 gr.
Eau	80 à 100 gr.

Puis l'extrait de convallaria 0,50 à 2 gr. ; le sulfate de spartéine, 0,03 à 0,10 ; la teinture de strophantus, II à V gouttes ; la strychnine, un milligramme à quatre milligrammes, peuvent être utilisés d'une manière plus prolongée.

Lorsque la gravité de la lésion orificielle, l'intercurrence de complications broncho-pulmonaires intenses ou réitérées ont amené la marche progressive vers l'asystolie définitive et la cachexie cardiaque, on aura, chez l'enfant comme chez l'adulte, à utiliser les divers moyens de faire la déplétion périodique du système veineux (drastiques, diurétiques), l'évacuation des épanchements séreux dans les cavités splanchniques, à combattre l'anasarque excessive des membres inférieurs (mouchetures, acupunctures aseptiques, etc.).

Myocardite aiguë.

Le meilleur moyen de la prévenir au cours des maladies infectieuses hyperpyrétiques (fièvre typhoïde, fièvre rhumatismale aiguë, variole, scarlatine) est de combattre l'hyperthermie par les bains et l'élément infectieux par les antiseptiques, quinine, salicylate de soude.

Lorsqu'on constate les signes de la myocardite au cours d'une infection aiguë même peu pyrétique (diphtérie), on administre les stimulants : alcool, éther et huile camphrée en injections sous-cutanées ; café ; les toniques du cœur : caféine, strychnine surtout en injections sous-cutanées.

Sulfate de strychnine	1 centigr.
Eau de laurier cerise	q. s. pour 100 c.c.

Chaque cent. cube contient 1 mill. de strychnine.

Caféine	1 gr.
Benzoate de soude	1 gr. 20
Eau distillée bouillie	q. s. pour 10 c.c.

Chaque cent. cube contient 0,10 de caféine.

On applique des pointes de feu sur la région précordiale. On imprime à l'enfant le moins de mouvements possibles ; on lui évite surtout les mouvements brusques capables de provoquer la syncope.

La myocardite CHRONIQUE, au cours des affections valvulaires, requiert plus particulièrement l'emploi des iodures alcalins à doses moyennes (0 gr. 25 à 1 gr.) et le traitement de l'asystolie dont elle est le principal facteur (1).

---

(1) Traité de thérapeutique infantile, par LE GENDRE et BROCA.

FAITS CLINIQUES

De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus (1).

M. Bruyère a cherché à mettre à jour la question du cancer primitif du corps de l'utérus, en se basant sans aucun parti pris sur des données statistiques étendues. L'auteur a réuni en effet plus de cent observations bien nettes de cette affection et a réussi à dégager de leur étude quelques points intéressants et inédits, quelques corrections notables à apporter dans les idées ayant cours jusqu'à ce jour. Nous allons rapidement les résumer.

Le cancer primitif du corps de l'utérus est une affection beaucoup plus fréquente que la plupart des auteurs classiques ne l'admettent. Il ressort des statistiques opératoires publiées dans les journaux français et étrangers que sur 427 hystérectomies ou curetages, on trouve le siège de début 337 fois dans la région cervicale de l'organe, et 90 fois dans le corps. Cela donne la proportion considérable de 26,7 pour 100, c'est-à-dire plus d'un cas de cancer primitif du corps pour quatre du col.

L'affection se montre à un âge plus précoce qu'on ne le croit généralement : c'est le cancer de la ménopause et non « le cancer des vieilles », comme on s'est plu à le nommer. Quand on étudie de près les observations publiées, on voit que la majorité des malades a vu le premier symptôme apparaître entre 45 et 50 ans. Les cas sont rares avant 35 ans et exceptionnels après 65.

L'hérédité, la constitution arthritique surtout, semblent favoriser son développement. M. Bruyère croit, avec Coyne, qu'il est inutile de faire intervenir « la diathèse néoplasique, fille de l'arthritisme », dont Verneuil et Ricard ont admis l'existence. Si l'arthritique est prédisposé au cancer, c'est qu'il offre à un agent infectieux, cause primordiale de l'affection non encore prouvée il est vrai, mais infiniment probable, un terrain de culture propre à son évolution.

Toutes les causes de congestion, de desquamation suivie de rénovation de la muqueuse utérine, y compris même la trop grande abondance et l'apparition précoce des règles, la prédisposent à l'épithélioma. La grossesse est la plus importante de ces causes.

Le cancer primitif du corps se montre surtout, non comme on le croit chez des nullipares, mais bien plutôt chez des multipares, et même de grandes multipares. Les chiffres rapportés par l'auteur sont probants. On en trouve la raison, toujours d'après la statistique, dans le lieu de début du cancer, alors que l'affection était encore bien limitée et bien nette : l'épithélioma débute *exactement à l'endroit où se fait l'insertion habituelle du placenta*. M. Bruyère discute longuement cette idée nouvelle et cherche à répondre d'avance à la plupart des objections.

Il n'est pas rare de voir un cancer intra-utérin se greffer sur une autre tumeur et en particulier sur un myome ou un fibrome.

Un seul caractère microscopique, facile à observer, paraît appartenir en propre à l'épithélioma : c'est la multiplicité des assises de cellules cylindriques tapissant la lumière des tubes glandulaires de la muqueuse. L'utérus est généralement augmenté de volume, surtout dans sa largeur, mais sa cavité mesurée à l'hystéromètre est souvent presque normale, car il se produit une véritable « *hyperplasie de défense* », tendant à opposer une barrière à l'envahissement progressif du cancer.

Le col peut être envahi secondairement ; mais dans une grande quantité de cas, la masse fongueuse est limitée au niveau de l'orifice interne du canal cervical.

Les symptômes sont connus : hémorrhagies, écoulement séreux, douleur, odeur « *sui generis* », tout cela a déjà été décrit, mais un point qui mérite de fixer l'attention, c'est qu'il existe à côté du type classique, un autre type plus rare de l'affection qui s'en distingue parce que :

Le premier symptôme est toujours une douleur violente atteignant *dès le début* toute son intensité.

L'écoulement séreux est très peu ou pas du tout fétide.

L'*hémorrhagie manque absolument* pendant toute la durée de la maladie.

L'auteur rapporte plusieurs observations de cette forme et les a classées sous le nom de « Type douloureux non hémorrhagique ».

La lenteur de la marche de l'affection s'explique par le mode de la circulation lymphatique dans cette portion de l'utérus.

Le diagnostic vraiment précoce ne peut se faire que par l'examen microscopique de débris enlevés par la curette tranchante, et voici ce que dit M. Bruyère à ce propos :

« Le cancer de l'utérus est sans conteste une « des affections les plus graves des organes « génitaux de la femme. Il nous semble que « cette gravité même, cette impuissance si rapide dans laquelle on se trouve pour le soigner avec un espoir de guérison, devrait complètement changer la méthode de diagnostic « employée d'habitude. On ne pense au cancer « que lorsqu'on a éliminé une à une, forcément, « presqu'à regret et en cherchant à se faire illusion le plus longtemps possible, les autres « affections utérines.

« La méthode est rationnelle, puisque ces affections sont plus fréquentes, mais elle est « dangereuse. C'est le cancer, à notre avis, qu'il « est nécessaire d'éliminer en premier. Pendant « ces jours de doute, le néoplasme fait des progrès ; et plus l'indécision sera longue, plus « l'opération sera grave, plus la récidive sera « fatale. Une semaine, un mois, c'est peu de « chose dans l'évolution d'une métrite ; il est « possible de rattraper le temps perdu. Cela « ne l'est jamais pour le cancer, et, en le recherchant dès le début, le praticien se sera mis à « l'abri de toute attaque, et sa conscience ne lui « reprochera pas d'avoir perdu un temps précieux. »

Le diagnostic s'imposera par le nombre des couches de cellules tapissant les tubes glandulaires, la pénétration des glandes dans le tissu musculaire, l'absence des cils vibratiles.

L'hystérectomie est le seul des traitements

(1) Dr P. Bruyère. (Thèse de Bordeaux 1893.)

applicables à un cancer du corps utérin encore bien limité. Quand la moindre propagation existe, on ne doit plus avoir recours qu'au traitement palliatif, et en particulier au curetage, qui donne quelques résultats.

THÉRAPEUTIQUE

Le phosphore contre le diabète d'origine nerveuse.

Ce qui suit m'est suggéré par le fait clinique suivant, dont l'authenticité m'est garantie par celui qui en fait le sujet lui-même.

« Un de mes anciens condisciples, praticien distingué, bien qu'exerçant à la campagne, m'écrivait naguère, qu'après avoir été diabétique (gras) pendant plusieurs années, et avoir essayé toutes les médications successivement préconisées, sans en obtenir que des améliorations passagères, il avait été radicalement guéri de sa maladie, par l'usage du phosphore, à des doses infinitésimales (0.001 milligramme) matin et soir, pendant plusieurs mois. Il ajoutait que le sucre n'avait pas reparu dans les urines depuis un an. »

Toute isolée que soit cette observation, elle m'a paru présenter un double intérêt pratique ; d'abord par l'importance du résultat de ce médicament non encore employé, du moins à ma connaissance; et en second lieu par la lumière qu'elle jette sur la pathologie, jusqu'à ce jour bien obscure, de la dystrophie diabétique. Or, n'est-ce pas sur la cause réelle du diabète et sur le véritable mode de traitement que planent l'incertitude et le désaccord des pathologistes?

Il suffit de jeter un regard rétrospectif sur la liste, aussi longue qu'hétérogène, des médicaments tour à tour prônés par la pharmacopée indigène et étrangère, pour se faire une juste idée du désarroi. Du reste, sans criterium pathogénique, la thérapeutique est fatalement exposée à faire fausse route et à battre les buissons.

— Par son action anti-diabétique, le phosphore me paraît, dans le cas actuel, devoir mettre sur la voie.

En effet, Claude Bernard ne nous a-t-il pas expérimentalement démontré qu'en excitant le bout central du pneumogastrique, on pouvait produire, à volonté, la glycosurie? En outre, Frerichs, Eckharde, Kulz ne nous citent-ils pas des cas de glycosurie, déterminés par une lésion du 4e ventricule, ou par une méningite? Se fondant sur ces faits, on peut donc déjà établir en principe que le diabète, dans notre observation, procédait d'une lésion des nerfs vagues, et vu la profession du sujet, par double surmenage moral et musculaire. Du reste, la glycosurie nerveuse n'est-elle pas plus fréquente que la glycosurie hépatique? Pour ma part le fait n'est pas douteux. De son côté le phosphore est un puissant modificateur du système nerveux. La matière médicale possède-t-elle un agent dynamique plus direct, dans le traitement des lésions du système cérébro-spinal ? Or, pourquoi ne pas attribuer la guérison du diabète de notre confrère à l'action thérapeutique du phosphore?

La toxicologie viendrait, à son tour, déposer en faveur de cette donnée thérapeutique: Frerichs et l'école Allemande ont constaté que, dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, la glycosurie n'avait jamais été mentionnée, du moins, très rarement. Le phosphore agirait-il, en ce cas, comme antiglycogénésique absolu ou comme modérateur de la sécrétion glycogénique arrêtée dans son cours? Autant de questions qu'il appartient à la physiologie expérimentale de résoudre et qui ne sauraient en aucune façon infirmer la portée de l'indication thérapeutique objet de cette note.

Dans une époque où les maladies par ralentissement des échanges nutritifs dominent, toute contribution à l'étude de l'une de leurs variétés morbides a quelque droit à être prise en considération.

Dr Cazenave de la Roche.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Tournay (Hautes-Pyrénées), le 18 septembre.

Nous nous empressons de reproduire la lettre suivante du Dr Pédebidou, député des Hautes-Pyrénées, qui répond à une nécessité dictée par l'issue du procès Lafitte.

Mon cher Confrère,

Je vous envoie, revêtu de ma signature, un double exemplaire de la pétition au président de la République et au Garde des Sceaux. Laissez-moi vous féliciter, cordialement, de la large part que vous avez prise aux efforts faits pour la réparation d'un déni de justice. La condamnation qui a frappé le Dr Lafitte est inique ; elle n'a pas l'ombre d'un motif sérieux et je plains les jurés de Seine-et-Oise qui ont prêté la main à l'odieux verdict de la Cour d'assises. Il est regrettable que l'arrêt n'ait pu être infirmé par la Cour de cassation. Il y a, dans les textes, une lacune qu'il faudrait combler. Les jurisconsultes de la Chambre et, en particulier M. Gauthier de Clagny, devraient prendre l'initiative de la revision de cette partie du Code d'instruction criminelle. Nous les suivrions volontiers.

A bientôt et cordialement votre dévoué,

Dr Ad. Pédebidou,
Député des Hautes-Pyrénées,
secrétaire du groupe médical du Parlement.

Les manœuvres annuelles du service de santé et les médecins du cadre auxiliaire.

Dans la première quinzaine du mois d'août 1894, ont eu lieu dans le gouvernement de Paris des manœuvres d'infanterie, dont les journaux militaires ont rendu compte dans une note dont nous donnons l'extrait suivant :

« Hier matin a eu lieu au polygone de Vincennes, la manœuvre de brigade organisée à l'intention des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

....

« A l'exception du bataillon déployé en première ligne dans chaque régiment que commandait un chef de bataillon de l'armée active, les autres bataillons et les unités inférieures étaient sous les ordres des officiers de réserve et de l'armée territoriale. Les cadres ainsi formés avaient été constitués en double afin de permettre au plus grand nombre d'officiers possible d'exercer un commandement. 170 officiers ont pu de la sorte être employés.

« Les chefs de bataillon de réserve et les commandants de compagnie étaient tous montés comme ils le seraient en campagne. »

En lisant cette note, on ne peut s'empêcher de rendre justice à la façon rationnelle dont le commandement a procédé en cette circonstance pour développer chez les officiers de réserve et de territoriale l'instruction et les qualités militaires qui leur seront indispensables lorsqu'ils seront appelés à faire campagne. Quoi de plus logique en effet pour préparer un officier aux

fonctions qui lui incomberont en temps de guerre, que de l'exercer dès le temps de paix à accomplir ces fonctions, en lui donnant un rôle actif dans les manœuvres de l'arme à laquelle il appartient ?

Les heureux résultats obtenus à la suite de ces manœuvres nous permettent d'espérer l'adoption d'une mesure analogue pour les manœuvres annuelles du service de santé.

L'idée de faire participer d'une manière active les médecins de réserve et de territoriale aux exercices de mobilisation du service de santé n'est d'ailleurs pas nouvelle. Nous la trouvons émise en ces termes dans une brochure publiée par le docteur Cellier au sujet des manœuvres des services sanitaires du Mans en 1893 : « Pourquoi ne pas faire jouer un rôle actif dans ces « manœuvres aux médecins du cadre auxiliaire ? Pourquoi n'en pas faire des médecins « régimentaires, des médecins d'ambulances et « d'hôpitaux de campagne ? Pourquoi ne pas « leur fournir l'occasion d'apprendre par eux-« mêmes, sur le terrain, la place qu'ils doivent « occuper, les mesures qu'ils doivent pren-« dre ? »

Le service de santé en campagne ne le cède, ni en importance, ni en difficulté d'exécution, aux autres services. Aux armées tous les efforts du personnel sanitaire doivent avoir pour objectif la promptitude des soins à donner aux blessés. Or cette promptitude ne peut être que la résultante d'une connaissance complète du service, aussi bien dans ses détails que dans son ensemble. Mais comment arriver à cette connaissance, si ce n'est en prenant une part active à l'exécution du service pendant les manœuvres ?

Les manœuvres annuelles du service de santé ayant été instituées dans le but de donner, aux médecins du cadre auxiliaire, l'instruction technique indispensable à la pratique de l'art aux armées, personne ne contestera que ce but serait beaucoup mieux atteint en les faisant collaborer activement à ces manœuvres, qu'en limitant leur rôle à celui de spectateurs.

Les médecins du cadre auxiliaire qui ont suivi du 10 au 14 octobre 1893 les exercices spéciaux du service de santé en campagne du gouvernement de Paris en sont revenus pénétrés d'enthousiasme pour la perfection avec laquelle ces manœuvres ont été dirigées et exécutées. En assistant à la mise en route des formations sanitaires, en voyant fonctionner les postes de secours, l'ambulance divisionnaire, l'hôpital de campagne et celui d'évacuation, ils ont pu acquérir une idée générale du rôle qui, en campagne, incombe au service de santé. En constatant avec quelle facilité et quelle rapidité l'action sanitaire répondait aux nécessités créées par les phases successives du combat, ils ont pu s'assurer, de visu, que les ordres bien donnés sont toujours bien exécutés.

Nous n'avons pas à revenir sur les éloges si mérités, dont le directeur des manœuvres du service de santé en 1893, Monsieur le médecin principal de première classe, Emery-Desbrousse a été l'objet, de la part des divers journaux, qui ont rendu compte de ces exercices.

Mais en constatant que pour la direction des manœuvres du service de santé du gouvernement de Paris en 1893, le ministre de la guerre ne pouvait faire un meilleur choix, nous devons reconnaître qu'il aurait eu une bien heureuse inspiration en associant, sous cette direction, les médecins du cadre auxiliaire à ceux du service actif.

Ceux-ci, en effet, ont retiré de ces exercices un enseignement qui n'aurait pas été inutile à leurs collègues de la réserve et de la territoriale.

N'est-il pas indispensable, pour qu'un médecin soit apte à faire campagne, qu'il ait été mis au courant de tous les détails techniques de son service, qu'il ait été exercé au choix du terrain où doit être placé le poste de secours, qu'il ait appris à reconnaître le local susceptible d'être utilisé pour l'installation d'une ambulance divisionnaire ou d'un hôpital de campagne, qu'il sache diriger les brancardiers pour le relèvement et le transport des blessés à l'ambulance, qu'il connaisse les ressources du matériel, médicaments et objets de pansements mis à sa disposition, qu'il sache enfin établir les nombreuses pièces administratives prescrites par les règlements ?

Pourquoi ne pas profiter des exercices annuels du service de santé, pour donner cette instruction technique aux médecins du cadre auxiliaire ?

Il y a là un progrès urgent à réaliser. En le signalant, la presse remplit un devoir conforme à sa mission.

Dr Salomon.

La Caisse des pensions de retraite du corps médical belge.

On sait que l'institution de la caisse des pensions de retraite du corps médical belge nous a servi d'exemple lorsque nous avons créé la Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Notre société française ne repose pas sur des bases identiques à celles de sa sœur aînée ; il n'en est pas moins intéressant de suivre la marche de cette dernière; aussi empruntons-nous à la *Gazette médicale de Liège* l'article suivant, que nos confrères liront avec intérêt :

Le comité directeur de la Caisse de pensions du corps médical belge vient d'envoyer la circulaire suivante à tous les praticiens et vétérinaires non encore affiliés.

Monsieur et honoré Confrère,

Dans quelques mois, la Caisse de pensions du corps médical belge aura accompli sa 25e année.

A cette occasion, le comité directeur croit devoir soumettre, au public médical, une sorte de bilan moral qui permettra de juger l'institution, son évolution, ses résultats acquis et ses espérances d'avenir.

Créée en 1870, elle compta à son début 500 souscripteurs appartenant aux diverses branches de l'art de guérir.

Les dix premières années furent consacrées à la constitution d'un capital inaliénable, s'élevant aujourd'hui à 800,000 francs et s'augmentant chaque année du sixième des recettes ordinaires.

Le service des pensions, inauguré en 1880, a fonctionné, depuis lors, avec une parfaite régularité, bien qu'avec des chances diverses dues au grand nombre des affiliés âgés au début. Cette cause de diminution du quantum de la pension ira s'atténuant progressivement, pour disparaître bientôt entièrement, surtout si les affiliations nouvelles se produisent normalement.

La somme distribuée en pensions jusqu'à ce jour dépasse 760,000 francs, dont plus de la moitié a été affectée à des *veuves et orphelins*.

L'institution est gérée *gratuitement* par le comité directeur et le conseil d'administration. Dégagée de tout intermédiaire coûteux, à l'abri de tout *coulage*, elle se présente dans des conditions exceptionnellement favorables pour réduire au plus strict minimum les sacrifices exigés de ses membres.

La pension est de droit à 64 ans révolus et peut être invoquée

à *tout âge*, toujours dans les conditions statutaires, en cas d'incapacité de travail ou de mort prématurée. La veuve et les orphelins mineurs, représentent, dans ses droits, l'affilié décédé.

Les statuts primitifs exigeaient dix années d'affiliation pour l'établissement du droit à la pension, et les fondateurs, ainsi que tous les souscripteurs jusqu'à ce jour, ont subi cette loi dans toute sa rigueur.

Une récente revision vient de réduire, à deux années, cette longue période aléatoire, pour ouvrir le droit à une pension proportionnelle aux versements effectués.

Grâce à cette réduction des chances défavorables, à l'extrême limite du possible, nous verrons disparaître l'une des deux grandes causes d'hésitation accusées jusqu'ici.

La seconde des causes, l'absence de reconnaissance officielle, aura bientôt cessé d'exister. Un projet de loi sur les mutualités est déposé à la Chambre, qui nous permettra, sous peu, d'obtenir la sanction légale et l'existence civile.

Nous ne pensons pas qu'il y ait d'autres raisons *sérieuses* pour motiver l'abstention, et dans ces conditions, le comité directeur fait un loyal appel à toute la corporation, afin de la rallier en masse à une institution qui répond si bien à ses intérêts bien entendus.

Un grand mouvement se produit en ce moment dans le corps médical, que les difficultés réelles de l'existence entraînent à l'union pour la commune défense. Des syndicats surgissent de toutes parts. Nul doute qu'ils ne reconnaissent, dans la Caisse de Pensions, la manifestation la plus élevée et la plus pratique des idées qui constituent leur programme.

C'est aux jeunes surtout, qu'attendent les cruelles désillusions et que guettent les déboires non prévus, qu'il convient de faire comprendre les idées de sage prévoyance et la nécessité de se prémunir, dès l'entrée dans la carrière, contre les déconvenues certaines.

Pour arriver à ce résultat, il faut que les anciens les éclairent et que ceux qui sont chargés de leur infuser la science ne croient leur mission terminée qu'après les avoir pénétrés des bienfaits d'une sage et confraternelle solidarité.

Le comité directeur ne désespère pas, non plus, de voir venir en plus grand nombre les favorisés de la fortune, soucieux de s'acquitter envers leur profession des avantages qu'ils lui doivent et fiers de s'orner du titre de membres bienfaiteurs.

Chacun ayant ainsi la notion exacte de son intérêt et de son devoir, puisse l'anniversaire qui sera bientôt célébré trouver la plus grande partie de la famille médicale abritée sous l'aile tutélaire de la Caisse de Pensions !

Le Comité directeur.

Nous répondons à l'appel des signataires de la circulaire et surtout au désir d'un certain nombre de nos lecteurs, en venant réclamer quelques renseignements supplémentaires. Nous croyons ainsi servir également les intérêts d'une institution qui n'a certainement rien à redouter de la plus éclatante lumière.

La circulaire des membres dirigeants de la Caisse de pensions demande avec insistance la coopération des praticiens restés, jusqu'ici, étrangers à l'œuvre, en se basant sur deux espèces d'arguments : des arguments de sentiment et des arguments d'ordre économique. C'est à l'appel à la solidarité, au devoir de s'entr'aider mutuellement, que les premiers ont recours.

A ce point de vue, la Caisse de pensions du corps médical belge doit être considérée comme une association de secours mutuels et, comme telle, elle a droit à toutes les sympathies. Il est toujours beau, en effet, de voir des hommes connaissant les dangers et les *aléas* d'une profession se grouper fraternellement, pour pourvoir aux accidents qui menacent tous ses membres, pour fournir, à ceux qui en deviennent victimes, les moyens de faire face aux nécessités de l'existence. Il est aussi admirable de voir les fortunés d'une profession entrer dans ces associations, avec l'intention bien arrêtée de renoncer à leurs avantages statutaires et dans le but de grossir la part de leurs confrères moins favorisés par le sort.

Envisagée sous ce double aspect, la Caisse de pensions mérite donc tous les encouragements. Mais, si l'on étudie le fonctionnement de la société au point de vue pratique, en est-il encore de même ? C'est ici que nous nous faisons le porte-voix de nombreuses hésitations que nous avons entendues. La solidarité, nous ont dit bien des confrères, est une très belle chose, mais les temps sont durs, nous gagnons péniblement notre vie et nous n'avons pas les moyens de nous laisser entraîner par un simple sentiment d'altruisme. En nous affiliant à la Caisse de pensions, en payant pendant toute notre carrière une cotisation assez élevée, nous voudrions être au moins certains de toucher, au jour de la retraite, une rente dont l'appoint serait réellement sérieux. Or, en est-il actuellement ainsi ? Nous n'en savons rien.

Le Comité directeur nous dit bien qu'il existe une caisse au capital inaliénable de 800,000 fr. et qu'il a été payé jusqu'à ce jour aux affiliés une somme de 760,000 fr. Mais cela ne nous dit pas grand'chose. Nous voudrions connaître la somme payée à chaque affilié ayant droit, et cela, année par année. Est-il vrai que le taux de la pension aurait seulement été, en 1891, de fr. 401,52 ; en 1892, de fr. 401,02 ; en 1893, de fr. 379,29 ? Pourquoi, en outre, si cela est vrai, cette marche descendante, et le Comité directeur a-t-il l'espoir fondé de voir cette situation s'améliorer ?

La pension serait donc actuellement d'environ 400 fr. N'est-ce pas bien peu de chose si l'on considère qu'un médecin de 25 à 65 ans aura versé, en cotisations, un capital qui, avec les intérêts, s'élève à 5,000 ou 6,000 fr. ? D'après les tables de mortalité, un praticien, arrivé à 65 ans, a bien peu de temps à vivre : il ne touchera donc que quelques annuités, et le capital versé sera perdu pour la famille. Il est vrai que la veuve de l'affilé le remplacera dans la participation, mais, elle aussi, sera alors d'un âge avancé et ne jouira donc pas longtemps du bénéfice de la pension. Quant aux enfants, il n'est pas à supposer qu'il en existe de mineurs, dans ces conditions et ils n'auront rien à voir avec l'assurance de leur père. Faudrait-il ne considérer la Caisse de pensions que comme une assurance contre la mort prématurée, cas où, évidemment, la famille de l'affilié trouvera dans la prévoyance du père des ressources réellement appréciables ?

Le taux de la pension devrait donc être le plus élevé. Or, au train dont vont les choses, si les recrues nouvelles n'arrivent pas en masse, est-il vrai qu'il faudrait 40 ans avant d'atteindre le taux de pension de 500 fr. et 150 ans pour arriver à 1,000 fr. ?

La Caisse de pensions a compté à peu prés, dés sa naissance, 500 affiliés, et ce chiffre n'a, paraît-il, jamais été modifié. Une des causes de l'abstention de 4,500 praticiens sur les 5,000 appelés, n'est-elle pas l'obligation imposée de verser en une fois, dès l'affiliation, toutes les cotisations arriérées depuis le jour de l'obtention du diplôme ? Quand on termine ses études, on est jeune, on ne songe guère à l'avenir et l'on n'a pas même l'idée d'entrer dans l'association : plus tard, quand on a constaté les misères et les douleurs de la carrière, on voudrait peut-être bien le faire, mais on trouve trop lourde la nécessité de payer en une seule fois 1,000 ou 1,500 fr. et l'on s'abstient définitivement. N'y aurait-il donc pas moyen de se contenter de versements annuels successifs de 200 ou 300 fr., en réglant proportionnellement la pension, si elle venait à s'ouvrir avant l'apurement complet du compte ?

Voilà les doutes, les hésitations, les préventions même que nous avons entendu émettre et que nous nous faisons un devoir de signaler au Comité directeur de l'association ....

....

Nous avons toujours eu une profonde sympathie pour l'œuvre de prévoyance et de vraie confraternité constituée par la Caisse de pensions du corps médical belge. Nous l'avons montré, en mettant toujours notre publicité à la disposition de la société. Aujourd'hui, nous espérons que les préjugés dont nous nous sommes fait l'écho seront renversés, que la lumière se fera dans toutes les intelligences et que, bientôt, l'immense majorité des praticiens belges viendra se grouper sous la bannière fraternelle de la Caisse de pensions.

Dr L. Merveille.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

19 *septembre* 1894.

Présents : MM. Jeanne, *président* ; Darin ; Peyromore-Debord ; Gilles ; Bonzon ; de Grissac ; Rochefort ; Pannetier ; Le Menant ; Héliot ; Cailleret ; Lécuyer ; Puyaud ; Pecker ; Ribart ; Surre ; de Fourmestreaux ; Pech.

Excusés : Bouillet ; Martin ; Pineau ; Ferrey.

Le Docteur Renous (Croissy-Chatou), est admis à l'unanimité Membre du Syndicat.

Le Docteur Lécuyer, trésorier, rend compte de la situation financière.

Le Syndicat lui vote des félicitations pour sa bonne gestion et le zèle apporté dans le recouvrement des cotisations et amendes.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'avril 1894.

Affaire Lafitte.

Le Président donne la parole à MM. Cézilly et de Fourmestraux, qui ont suivi dans tous ses détails cette malheureuse affaire. Du récit des deux confrères, il résulte que le docteur Lafitte a été victime d'une série d'incidents cherchés ou fortuits, qui ont empêché son innocence d'éclater à tous les yeux.

Forts de cette conviction, les Membres du Syndicat, désirant avant tout être utiles immédiatement au Docteur Lafitte, s'empressent de signer des pétitions au Président de la République et au Ministre de la Justice en vue de la mise en liberté du malheureux condamné.

Le docteur Cézilly fait remarquer que le Syndicat de Versailles, plus à même que les autres de connaître à fond l'affaire Lafitte, devrait envoyer une délégation de trois membres porter au malheureux confrère : l'assurance que tout médecin lui conserve l'estime à laquelle il a droit et l'assurer que le corps médical tout entier s'efforcera d'atténuer les funestes effets de sa condamnation injuste.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité. Le Président et les deux anciens Présidents sont délégués à l'effet de porter cette consolation au prisonnier dans sa cellule.

De plus, prévoyant le cas où un appel serait fait aux médecins pour subvenir aux besoins de la nombreuse famille du condamné, le Syndicat vote une somme de cent francs, en dehors des dons particuliers qui pourraient être faits par chacun de ses Membres.

Enfin, frappé de l'évidence avec laquelle se trouve soulevée la solidarité médicale en cette affaire, le Syndicat ne peut s'empêcher de protester, par l'ordre du jour suivant, contre la condamnation qui nous atteint par contre-coup :

« Le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, « après s'être tenu sur la plus grande réserve, afin « de témoigner au pouvoir judiciaire de sa confiance « et de son respect ; après avoir été des plus « empressés, au moment de la préparation de la loi « Chevandier, à réclamer l'interdiction du droit « d'exercice de la médecine pour les médecins « frappés d'une condamnation infamante ; considérant aujourd'hui que Monsieur le Docteur Lafitte « a épuisé toutes les juridictions sans obtenir réparation de ce que nous regardons comme une erreur judiciaire ;

» Considérant que l'arrêt, qui a frappé notre confrère aurait pour résultat de légitimer toutes les « suspicions à notre égard quand nous serons appelés à traiter les maladies des femmes et que, « par conséquent, nous ne pourrions plus accomplir sans crainte, en toute conscience et honnêteté, cette importante partie de notre devoir professionnel ;

» Considérant enfin qu'une grâce accordée de façon éclatante est le seul moyen de réhabiliter à « bref délai notre malheureux confrère et de rendre au corps médical la sécurité dont il a besoin ;

» Décide qu'il s'associera à toutes les démarches « faites pour obtenir remise entière de la peine « prononcée contre le Docteur Lafitte et restitution « de son droit à l'exercice de la médecine. Adresse « à celui-ci le témoignage de sa plus vive sympathie. Remercie le Docteur de Fourmestraux, à « défaut de l'intervention attendue de Monsieur le « Président de la Société locale, d'avoir soutenu « par sa présence le confrère accusé au cours des « débats devant la Cour d'assises. Invite le bureau « à aider le Docteur Cézilly, son Président d'honneur, dans la tâche dont il s'est chargé. Et, confiant dans l'esprit de justice qui anime M. le Président de la République, le remercie bien sincèrement de la mesure de réparation qu'il ne saurait « manquer de prendre en cette circonstance si critique à l'égard du confrère lésé et de notre belle « profession. »

Le Secrétaire,
Docteur PANNETIER.

REPORTAGE MÉDICAL

Les revendications renouvelées des médecins du Syndicat de la Seine, viennent d'obtenir un commencement de satisfaction, qui n'est, en somme, qu'une acceptation, mal déguisée, des malades de toutes classes (riches ou pauvres) dans les hôpitaux :

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'arrêter un nouveau tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris pour les malades non nécessiteux. Actuellement les malades adultes paient le même prix, soit 3 fr. 30 par jour, dans les services de médecine et de chirurgie et les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour ; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30. Dorénavant, le nouveau tarif comportera un prix différent pour la médecine et la chirurgie ; il est ainsi conçu : pour les adultes, 3 fr. 30 en médecine, 5 francs en chirurgie. Pour les enfants, 2 fr. 80 en médecine ; 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck, 2 fr. 10. Pour les accouchements 5 francs par jour.

D'autre part, sur un rapport de M. le Dr Le Blond, délégué du Syndicat de la Seine, la troisième section du Congrès d'Assistance de Lyon a, dans sa séance du 27 juin 1894, adopté les résolutions suivantes :

1° Les établissements de bienfaisance ayant été créés en vue de secourir les indigents ou les nécessiteux, en un mot tous les déshérités de la fortune, doivent fermer impitoyablement leurs portes aux faux pauvres.

2° Il convient d'établir un contrôle sérieux sur tous les individus qui viennent demander des secours à ces établissements, le contrôle actuel étant illusoire, puisqu'il permet l'hospitalisation de gens très aisés, moyennant des prix dérisoires.

3° Comme corollaire, nous demandons que les pouvoirs publics, Chambre des députés et Sénat, soient saisis d'un projet de loi contenant les articles suivants :

a) L'hôpital est réservé aux seuls indigents ou aux personnes privées de ressources.

b) Quiconque se trouvant dans une situation de fortune lui permettant de subvenir aux soins que nécessite son état de maladie, aura recours aux établissements de bienfaisance, commet une contravention.

c) Quiconque, *hormis le cas d'urgence*, aura commis cette contravention, devra rembourser les frais qu'il a occasionnés et sera passible, en outre, d'une amende de 5 à 15 francs.

En cas de récidive, il pourra, en outre, être frappé d'une peine de un à cinq jours de prison.

Toutefois, dans les localités où l'initiative privée est impuissante à assurer un traitement convenable aux personnes ne figurant pas dans la catégorie ci-dessus visée, les établissements d'assistance pourront, par exception, créer des salles ou des chambres payantes.

— *La nouvelle loi militaire.* — *La Médecine moderne* donne une réponse à la question suivante :

« Je suis étudiant en médecine, et viens de terminer ma troisième année de doctorat ; j'ai 20 ans et 8 mois ; j'ai tiré au sort au mois de janvier dernier et, pris par le Conseil de revision, je dois aller faire mon année de service militaire au mois de novembre prochain. Mais j'ai l'intention de préparer l'internat des hôpitaux de Paris, et je voudrais savoir s'il me serait possible d'obtenir *un sursis de deux ou trois ans*, lequel me permettrait d'arriver à l'internat avant de satisfaire la loi militaire. »

Réponse :

La nouvelle loi militaire n'accorde plus de sursis : l'étudiant en médecine est tenu de faire son service militaire avec sa classe ; il lui est permis, toutefois, de devancer l'appel d'une année, par voie d'engagement.

— *Circulaire du Ministre de l'instruction publique.* — « Je vous prie de faire rappeler aux élèves des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort qui se destinent aux études médicales :

1° Que ceux d'entre eux qui seront pourvus du baccalauréat ès sciences restreint en même temps que du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) ou de l'ancien baccalauréat ès lettres, avant la clôture des registres d'inscription en novembre prochain, pourront commencer et achever leurs études médicales sous le régime du décret de 1878. Ils seront admis à prendre leur première inscription de médecine au trimestre du 4 novembre prochain ;

2° Que ceux qui n'auraient pas obtenu le diplôme de bachelier ès sciences restreint au plus tard à la session de novembre 1894, seront tenus à faire dans une Faculté des sciences, ou, dans le cas spécifié par l'article 7 du décret du 31 juillet 1893, près d'une école de médecine, l'année d'études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelle institué par le susdit décret.

Passé la session de novembre 1894, il ne sera plus délivré de diplômes de bachelier ès sciences restreint. »

— Nous apprenons la mort du Dr *Tourasse*, de Saint-Maur-les-Fossés. La philanthropie inépuisable de notre confrère était proverbiale à Saint-Maur. Il soignait principalement les pauvres et ne voulait accepter aucun honoraire ; c'est un moyen d'avoir beaucoup de clients, sans avoir jamais de procès avec eux. On raconte à son sujet l'anecdote suivante :

Il y a quelques années, un ouvrier des forges de Gravelle eut les jambes écrasées sous une poutre de fer.

M. Tourasse, après avoir amputé le malheureux, lui donna cent francs pour acheter un appareil.

Le lendemain, étant revenu, il trouva l'amputé complètement ivre et sans jambe de bois. Au lieu de lui faire aucun reproche, le docteur Tourasse prit le chemin de fer, se rendit à Paris, fit l'acquisition d'un appareil et revint le placer lui-même.

La commune de Saint-Maur vient, dans une récente réunion du Conseil municipal, d'accorder à M. Tourasse, qui est mort misérable, une concession gratuite.

— Nous souhaitons la bienvenue et une heureuse carrière à notre nouveau confrère de la presse belge « la *Flandre médicale* », éditée à Gand et publiée par les Drs Claus, de Buck, Gevaert, Rogman, Vanderlinden, Walton. Cette revue paraît tous les jeudis.

— Le 28 septembre, a eu lieu à Lyon l'inauguration de la statue de Claude Bernard. L'Académie des Sciences y a été représentée par MM. *Bouchardat et Chauveau*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3942. — M. le docteur Gonthier, de Moutiers (Savoie), membre de l'Association des médecins de la Savoie.

N° 3943. — M. le docteur Gourjon, de Montélimar (Drôme), présenté par M. le docteur Lagarde, de Vals-les-Bains, et membre du Syndicat d'Ardèche et Drôme.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Baux, de Châteauneuf-sur-Cher (Cher), membre du Concours Médical.

Revue bibliographique

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, 4

Formulaires. — Guides pratiques. — Manuels.

MONIN (Dr E.), chevalier de la Légion-d'Honneur, officier de l'Instruction publique. — *Formulaire de médecine pratique*. Préface du professeur Peter.

Le *Formulaire de médecine pratique* du Dr Monin (nouvelle édition, 6e mille), doit son succès sans précédent à la précision et à la méthode hors de pair qui caractérisent l'ouvrage, livre de chevet pour le praticien et *indispensable aux Familles*. Toutes les indications thérapeutiques de la pathologie sont compendieusement détaillées et clairement élucidées, par ordre alphabétique, dans ce volume de 650 pages, luxueusement imprimé, 5 fr.

MONIN (Dr E.). — *Formulaire du diabète*, 3 fr.

MORAIN (Dr W.). *Questions d'internat*. Manuel du candidat, publié sous la direction du Dr W. Morain, avec la collaboration d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 raisin de plus de 600 pages, cartonné à l'anglaise, 7 fr. 50.

Le besoin de cet ouvrage se faisait sentir ; il manquait en effet un manuel pour les candidats au concours de l'internat. Celui-ci vient donc combler une lacune. On y trouve, traitées avec beaucoup d'ampleur et telles qu'on les demande au concours, plus de cent questions d'anatomie et de pathologie choisies parmi les plus importantes. En somme, ouvrage très utile appelé à rendre de sérieux services.

NOGUÈ (Dr Raymond). — *Formulaire spécial de thérapeutique infantile* (médecine et chirurgie), 6 fr.

PAULIER (Dr Armand-B.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — *Questions d'externat*. Manuel du candidat, 6 fr.

Il faut posséder bien à fond son sujet et avoir une très grande habitude pour *résumer* deux questions orales en cinq minutes chacune, après cinq minutes de réflexion. Le Dr Paulier a choisi parmi les sujets mis dans l'urne depuis vingt-cinq ans, ceux qui ont été donnés le plus souvent et qui ont le plus de chance de revenir chaque année. L'élève possédant bien notre Guide, qui ne contient pas moins de 540 pages, est sûr de passer un brillant examen, puisque les questions y sont traitées telles qu'elles ont été posées par le jury et en tenant compte du délai prescrit.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 40 6 Octobre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CONSEIL DE DIRECTION
du Concours médical.

Séance du 26 septembre 1894.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat. Excusé : M. Gibert. Le Conseil procède, d'abord, à la lecture du procès-verbal de la précédente séance et prend connaissance de l'exécution des mesures décidées. Il examine ensuite les comptes financiers, en vue de l'Assemblée générale et la correspondance.

Sur la proposition du directeur, il prend la résolution d'étudier le fonctionnement de la *Bibliothèque médicale circulante*, créée par le Dr Baudouin, directeur des *Archives provinciales de chirurgie*.

Il prend les mesures convenables pour obtenir promptement la grâce du Dr Lafitte, de concert avec l'Association de la presse médicale. Il décide que les résolutions futures, au sujet d'une *souscription pour les enfants*, seront subordonnées à celles de l'Association de la presse.

L'Assemblée générale annuelle des membres de la Société du Concours médical est fixée au dimanche 18 novembre, à 4 heures, au Grand-Hôtel.

La réunion du Conseil de direction, pour la lecture des rapports à l'Assemblée, est fixée au samedi 27 octobre.

Le Conseil s'occupe, de concert avec les membres du Conseil d'administration de l'*Association amicale*, des mesures à proposer à l'Assemblée générale prochaine de cette association ; il en fixe le jour et la date. Elle aura lieu le *dimanche 18 novembre*, à 2 heures, au Grand-Hôtel, avant celle du Concours médical.

ASSOCIATION AMICALE

Séance du 26 septembre 1894.

La séance est ouverte à 2 heures, sous la présidence de M. Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Cézilly, Jeanne, Gassot, Maurat, Archambaud.

Le trésorier rend compte de la situation de la caisse au 26 septembre.

Avoir à la caisse nationale d'épargne		2.000 fr.
Deux obligations Est 3 % nouvelles	906.80	5.403 90
Dix obligations Midi anciennes 3 %	4.497.10	
Espèces en caisse		507 39
Total		7.911 fr. 29

Le Conseil, sur le vu des pièces régulières, alloue au sociétaire n° 15, pour 25 jours de maladie, une somme de 250 fr.

Le Conseil examine les nouveaux dossiers et prononce l'admission de 36 nouveaux membres, décide ensuite que la prochaine *assemblée générale* aura lieu le 18 novembre, à 2 heures, au Grand-Hôtel.

Le Conseil nomme, à titre provisoire, comme commissaires chargés de l'examen des comptes et du rapport à l'assemblée générale, MM. les docteurs Fourmestreaux, de Versailles, et Hervouet, de Paris.

L'ordre du jour de la séance générale est fixé ainsi qu'il suit :

1° Allocution du président.

2° Compte-rendu des travaux du Conseil d'administration, par M. le Dr Jeanne, secrétaire général.

3° Compte rendu de la situation financière, par M. le Dr Gassot, trésorier.
4° Rapport des commissaires et approbation des comptes.
5° Revision des statuts. (Rapporteur M. le docteur Maurat.)
6° Nomination du Conseil d'administration définitif.
7° Nomination des commissaires.
La prochaine séance du Conseil d'administration aura lieu le samedi 27 octobre.

Le secrétaire des séances,
Dr P. ARCHAMBAUD.

LA SEMAINE MÉDICALE

La filtration du lait.

Comme complément logique à la stérilisation du lait, M. *Seibert* vient d'avoir l'idée de filtrer ce liquide pour le débarrasser plus sûrement des germes qu'il contient.

Le lait mélangé à des impuretés de tout genre, qui modifient sa couleur et son aspect, est entièrement purifié, si on le fait passer à travers une couche de coton de moins d'un centimètre d'épaisseur.

Néanmoins, la proportion des principes constituants du lait n'est pas modifiée. La crème, la caséine, le sucre de lait en dissolution filtrent complètement. Le poids spécifique du lait ne change pas par la filtration.

En ensemençant des tubes à culture avec du lait stérilisé préalablement, mais non filtré sur le coton, et d'autre part avec du lait stérilisé, puis filtré sur le coton, on constate une grande différence dans le nombre respectif des bactéries qui ont pullulé au bout de quatre jours à une température de 27° C.

Dans le lait stérilisé non filtré, on compte de 5,000 à 56,000 germes par centimètre cube ; dans le lait stérilisé et filtré au coton, on ne trouve que de 300 à 800 germes par centimètre cube (après quatre jours).

Il est nécessaire d'employer pour la filtration du lait, le coton stérilisé à l'aide de la vapeur chaude et mouillé préalablement avec une solution stérile.

L'appareil nécessaire est d'une grande simplicité : c'est un entonnoir en aluminium au fond duquel on place le tampon de coton qui doit être manié avec des instruments flambés.

Le procédé de Seibert paraît vraiment pratique parce qu'il est très simple. Il est en même temps très ingénieux et très rationnel.

Il arrive souvent que les bouteilles de lait stérilisé livrées par le commerce ont une contenance d'un demi-litre ou d'un litre ; elles restent ouvertes plus ou moins longtemps et, pendant la saison chaude surtout, les fermentations sont rapides.

Or, il est vraiment bien facile de verser la quantité de lait pour une tetée dans un entonnoir garni d'un tampon de coton stérilisé avant de donner le biberon à l'enfant. La filtration qui est une stérilisation relative aurait de plus grands avantages encore si l'on était obligé d'employer le lait ordinaire pour l'allaitement artificiel.

Il faut veiller aussi, bien entendu, à la stérilisation des vases dans lesquels est versé le lait après filtration.

L'implantation des dents décalcifiées.

M. *Oscar Amoedo*, professeur à l'école dentaire de France, préconise l'implantation directe des dents pour remplacer les dents absentes, et insiste sur l'utilité de décalcifier ces dents dans la partie de racine qui doit être implantée.

On sait que les implantations dentaires ont été imaginées par M. Younger, de san Francisco.

Voici comment M. Oscar Amoedo pratique :

1° Désinfection de la bouche avec une solution de bichlorure de mercure à 1/4000 ou de phénosalyl 1 %, de permanganate de potasse 1/2000, injectée avec une poire ;

2° Injection d'un centigramme de phényl-cocaïne directement dans l'os, avec une seringue stérilisable ;

3° Incision profonde de la gencive en H et rabattement de deux lambeaux entraînant le périoste avec deux rugines, droite et gauche.

4° Trépanation de l'os avec des trépans montés sur le tour dentaire.

5° Implantation de la dent décalcifiée, que l'on fait entrer à frottement dur, au moyen du maillet automatique au bout duquel on place un morceau de bois.

Pour obtenir et faciliter la soudure intime de l'alvéole et de la racine implantée, on décalcifie avec l'acide chlorhydrique une couche de cément d'un demi-millimètre de profondeur avant d'implanter la racine.

La technique employée pour la décalcification est la suivante : on fait bouillir les dents dans le bichlorure de mercure, on les met ensuite dans une solution d'acide chlorhydrique à 10% pendant 3 ou 4 heures, on essaie ensuite de temps en temps, avec un couteau stérilisé, la profondeur de la décalcification ; lorsque le couteau entre à un demi-millimètre, on lave les racines et on les neutralise à l'ammoniaque. Naturellement, lorsque la racine est pourvue de la couronne, il faut isoler celle-ci de l'acide, avec un morceau de digue ou un tube en caoutchouc. Les dents décalcifiées, ainsi préparées, peuvent être conservées dans une solution de phénosalyl à 1 %. Lorsqu'on veut s'en servir, on élargit le canal radiculaire par l'apex et on le remplit de salol liquide iodoformé. Cette substance est suffisamment résistante pour rester dans le canal et assez molle pour pouvoir être absorbée en cas de résorption de la racine. Les dents décalcifiées sont plus faciles à implanter, se consolident plus vite et plus uniformément que les dents sèches sans membrane péridentaire, et même que les dents fraîches qui l'ont encore.

On peut avoir une provision de racines décalcifiées à l'avance et au moment de s'en servir, on y fixe, s'il est nécessaire, une couronne en porcelaine. Ces couronnes ont l'avantage d'être plus agréablement acceptées par le client et de pouvoir être meulées de façon à satisfaire à l'articulation avec les dents antagonistes, sans beaucoup diminuer leur solidité.

Deux grandes découvertes : l'anesthésie locale par la cocaïne et l'antisepsie, sont les principaux facteurs qui ont permis à cette opération de triompher. En effet, une injection profonde de cocaïne produit une anesthésie si parfaite, que la

trépanation de l'os se fait absolument sans douleur.

L'antisepsie, de son côté, rend cette opération complètement sans danger, car elle empêche les inflammations d'origine infectieuse, la contagion de la tuberculose, de la syphilis, etc., etc. La seule complication qui se présente parfois est une trop grande résorption de la racine et la chute de la dent implantée par un processus analogue à la résorption et à la chute des dents de lait. Cette complication se présente généralement lorsque la racine n'a pas été bien immobilisée ; ce sont surtout les canines qui sont les plus difficiles à maintenir bien fixes, à cause de leur articulation du plan incliné avec les dents antagonistes.

Pour obvier à cet inconvénient, on se sert de ligatures très solides en fil de platine pour les petites molaires, et pour les incisives, on emploie un petit appareil composé d'une plaque d'argent pur quadrillé (système Michaëls), que l'on adapte avec un brunissoir à la face postérieure des trois incisives, lorsqu'il s'agit d'une implantation seulement. On y soude six fils de platine, deux simples sur les côtés de la plaque en argent, déjà limée et bien ajustée, et deux doubles à l'endroit qui correspond à l'union de la dent implantée et des deux voisines. On colle l'appareil à la face postérieure des incisives avec du ciment, on passe les fils de platine entre les dents et on les tord sur la face antérieure, près du collet. Cet appareil, ainsi construit et appliqué, fait un bloc unique des trois dents et l'immobilisation est parfaite.

Lorsque l'opération a été bien conduite, voici ce qui se passe : la dent implantée, dans son rôle de corps étranger, irrite l'os et produit une ostéite avec formation de cellules lymphoïdes qui se placent en rangées et forment une membrane embryonnaire dans toute la périphérie de l'alvéole. Ces cellules embryonnaires avancent vers la racine jusqu'au point de l'envelopper. C'est alors que commencent la décalcification et l'érosion de la racine ; on voit apparaître ensuite des cellules *ostéophages*, cellules géantes à réaction acide (acide lactique), qui forment de petites baies sur la surface de la racine. Si la dent est bien immobilisée et si l'état général de l'individu que l'on opère est bon, la racine n'agit plus comme corps étranger et le travail de résorption s'arrête. Le tissu embryonnaire formé entre la dent et l'alvéole se vascularise bientôt, des dépôts calcaires s'opèrent insensiblement, on voit la transformation osseuse survenir et amener enfin la soudure de la racine avec la paroi alvéolaire.

MEDECINE PRATIQUE

Pathogénie et traitement de la gangrène pulmonaire.

La prophylaxie et les indications thérapeutiques de la gangrène pulmonaire découlent entièrement de ses facteurs pathogéniques. Les exposer, c'est introduire un peu de logique dans le traitement de cette redoutable maladie.

La gangrène pulmonaire est toujours le résultat de la présence, de la vie d'agents septogènes, qui ont pénétré le poumon par les voies aérienne ou sanguine.

Le processus est subordonné aux conditions de milieu ambiant, de température et d'humidité que réclame la vie des ferments. La nécrose, c'est-à-dire la mortification par cessation de l'apport, par les artères bronchiques, des éléments nutritifs, ne trouve ici que très rarement l'occasion de se manifester à l'état de pureté, à cause du contact incessant du foyer nécrosé avec l'atmosphère et ne tarde pas à se compliquer de gangrène. Toutefois ces foyers de nécrose pure peuvent dans le poumon comme partout ailleurs aboutir à la résorption, après avoir passé par les stades anémique et regressif par transformation graisseuse des tissus non irrigués. La gangrène pulmonaire est une affection microbienne : mais le microbe ou plutôt les microbes, comme nous le verrons plus loin, ne suffisent pas ; il leur faut pour s'implanter, vivre et détruire des conditions particulières, un terrain favorable. Etudier le terrain, la graine, les voies de pénétration de cette dernière dans le poumon, revient donc à exposer la pathogénie de l'affection.

Le terrain comprend deux grands éléments, l'économie en totalité et le poumon, qui tous deux peuvent être affectés simultanément ou séparément. Tantôt c'est le premier élément qui est seul infériorisé, diminué dans sa résistance : dès lors, tout agent infectieux tombant dans un tel milieu, sur n'importe quel organe, ne trouve pas d'obstacle à son implantation et fructifie. Le parasite septogène pousse ici et se développe comme le feraient le pneumocoque pour une pneumonie, le streptocoque pour un érysipèle, le staphylocoque pour un anthrax, une furonculose. Les causes générales indirectes, prédisposantes à la gangrène, infériorisant toute l'économie sont multiples ; il nous suffira de signaler le surmenage, la misère, l'inanition, la convalescence des maladies graves, le diabète et l'urémie. A côté de ces causes, dont le mécanisme est simple à comprendre, nous rangerons les altérations graves de l'axe encéphalo-médullaire, l'hémorrhagie et le ramollissement cérébral, la paralysie générale, l'intoxication grave des pyrexies et l'aliénation mentale qui agissent principalement en diminuant l'action trophique du système nerveux sur tous les tissus de l'économie ; cette notion répond à l'ancienne conception de la dyscrasie.

Parfois, au contraire, dans un organisme résistant se trouve une portion de parenchyme pulmonaire tellement diminuée dans sa vitalité qu'elle ne résiste plus à l'agent putride. C'est ainsi qu'agissent la pneumonie survenant chez des individus porteurs de bronches dilatées ou de pneumokoniose et par conséquent déjà en puissance d'agents septogènes dans les voies aériennes, la tuberculose pulmonaire cavitaire, la sclérose pulmonaire, les inhalations de vapeurs toxiques qui, par elles-mêmes, peuvent amener une nécrose de la muqueuse bronchique, les broncho-pneumonies ordinaires et le traumatisme des parois thoraciques.

L'énumération de ces influences générales et locales nous met à même de comprendre comment se prépare le terrain de la gangrène ; il nous faut maintenant étudier comment y arrivent les agents infectieux pour donner naissance à la maladie. Ces derniers peuvent abor-

der le poumon par trois voies, par continuité, par effraction, par le torrent circulatoire. Dans le premier cas, le corps fermentifère pénètre dans le poumon par les voies aériennes. C'est le mode d'action de la déglutition erronée d'aliments chez les enfants, les vieillards, les paralysés du voile du palais et du pharynx ; c'est encore ainsi qu'agit la translation de fragments gangréneux provenant de la bouche (noma), du pharynx, du larynx (laryngite ulcéreuse de la phthisie, de la diphthérie, de la dothiénentérie) et du rocher ; enfin, la salive seule (Cornil et Babès), ou la salive enrobant des parcelles étrangères, non putrides par elles-mêmes (Bonome) peut avoir les mêmes conséquences. Cette voie directe est la plus fréquente ; en face, il nous faut placer la voie indirecte par contiguïté, que créent les diverticules de traction, les fistules œso-bronchiques et trachéales, les fistules intestino et stomaco-bronchiques, les plaies de poitrine ; mais le poumon n'est pas seulement accessible par ces deux routes naturelle et artificielle, il l'est encore par le torrent circulatoire. C'est ainsi qu'agira un embolus gangréneux provenant d'une gangrène périphérique, d'une eschare de décubitus, d'une métrite puerpérale gangréneuse, d'un sphacèle de la vulve.

L'embolus simple, fibrineux de l'artère pulmonaire, comme la thrombose des artères bronchiques ne peut amener, comme nous l'avons montré, qu'un foyer d'apoplexie ou une nécrose, que l'arrivée par les bronches d'agents septogènes transforme en gangrène. Le foyer gangréneux pulmonaire est fréquemment à son tour le point de départ de gangrènes viscérales (Charcot et Ball. *Union médicale* 1860), (Fernet, *France méd.* 1880). La gangrène est une fermentation. Les matières organiques du poumon subissent une série de transformations qui les rendent solubles et les ramènent à l'état simple d'eau, d'acide carbonique, d'hydrogène et de composés ammoniacaux ; dans les phases intermédiaires se produisent des substances fétides, des poisons putrides, des ptomaïnes. Cette destruction est toujours fonction d'un être vivant, d'un microbe aérobie ou anaérobie. Nous arrivons ainsi, après avoir établi les conditions accessoires de la gangrène pulmonaire, à l'agent causal. Parmi les auteurs qui se sont occupés de sa détermination, nous citerons Virchow, Zenker et Conheim, qui signalent des sarcines, Koch et Gaffky le micrococcus tetragenus, Leyden et Jaffé le leptothrix buccalis, Kannenberg des infusoires ciliés, Rosenbach, Bonome, Cornil et Babès, des staphylocoques, des streptocoques et bacilles qui normalement habitent la cavité bucco-pharyngée et peuvent acquérir, comme l'ont montré MM. Guyon et Albarran pour le bactérium coli (C. de chirurgie 1891), des propriétés particulières de virulence et avoir une action gangréneuse. Ces dernières notions sont les plus importantes ; elles montrent que, semblable à la broncho-pneumonie ordinaire, la gangrène pulmonaire peut n'être qu'une auto-infection d'un organe altéré dans un organisme débilité. La multiplicité des micro-organismes, capables d'engendrer la gangrène pulmonaire, enlève à cette dernière affection tout caractère spécifique que Bard et Charmeil (*Lyon méd.* 1880), en se basant sur plusieurs observations de contagion, avaient affirmé. L'encombrement, la misère physiologique, les maladies antérieures des bronches jouent ici le même rôle que dans la broncho-pneumonie que produisent un grand nombre de microbes, dont la virulence est tout à coup exaltée. Le parasite saprogène commande tout le processus.

Ces notions pathogéniques nous permettent maintenant d'établir notre thérapeutique. La prophylaxie exige que chez tout débilité, tout fébricitant gravement atteint, la peau, les muqueuses, la cavité bucco-pharyngée soient minutieusement désinfectées. Toute eschare, toute nécrose seront maintenues aseptiques, alors que se produira le sillon d'élimination. Enfin, tout individu, porteur d'une lésion pulmonaire quelconque, sera rigoureusement éloigné d'un malade frappé de gangrène pulmonaire. La gangrène pulmonaire est produite, que devons-nous faire ? Il est évident que, ne pouvant rien contre les formes diffuses, nous n'envisagerons que les foyers limités. Ici la médecine et la chirurgie doivent se prêter un mutuel appui. Les indications médicales à remplir seront tout d'abord de soutenir les forces du malade et de surveiller les principaux émonctoires. Le malade sera placé dans une chambre spacieuse, dont l'aération sera aussi parfaite que possible. L'air sera mélangé à des vapeurs antiseptiques (eucalyptus, acide phénique). La peau du malade, toujours sèche, sera lotionnée trois ou quatre fois par jour avec de l'eau vinaigrée ou frictionnée avec de l'alcool ou du baume de Fioraventi. — S'il n'existe pas d'albuminurie, on pourra donner une alimentation franchement réparatrice, viande, champagne, café, alcool. A la moindre défaillance du cœur, de tendance au collapsus, la digitale et la caféine en ingestion ou en injection seront indiquées.

Cette première indication, capitale, une fois remplie, il reste à lutter contre le foyer gangréneux viscéral, qu'il faut s'efforcer de limiter et de vider pour empêcher les infections ultérieures du parenchyme pulmonaire resté sain.

Pour faire l'antisepsie pulmonaire, et par conséquent atténuer l'infection putride, on a préconisé un grand nombre d'agents thérapeutiques. Nous ne les passerons pas tous en revue, nous contentant de ne signaler que les plus importants. Ces agents peuvent pour arriver au foyer prendre deux voies, la voie bronchique et la voie sanguine, après absorption intestinale. Afin de ménager les voies digestives, dont l'intégrité est nécessaire pour l'alimentation, il sera préférable d'employer les inhalations. Trousseau donnait l'essence de térébenthine ; quelques cuillerées à café d'essence sont versées dans de l'eau chaude et le malade aspire les vapeurs qui se dégagent.

M. Jaccoud fait pratiquer, plusieurs fois par jour et pendant plusieurs heures, des inhalations d'une solution faible d'acide phénique (1/100).

Parmi les médicaments ingérés, ceux dont l'action semble certaine, sont la teinture d'eucalyptus (Bucquoy), et l'hyposulfite de soude (Lancereaux), ou la liqueur de Labarraque (Jaccoud). Les injections sous-cutanées de gaïacol, que M. Weill a préconisées, s'adressent aux affections fétides et non aux localisations pulmonaires gangréneuses. L'antisepsie interne par les

sels de quinine et l'acide salicylique est d'une efficacité douteuse.

Il n'y a pas que des indications pharmaceutiques à suivre; il faut rechercher l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

S'il existe un épanchement pleural gangréneux, la thoracentèse ou l'empyème s'imposent. La qualité de l'épanchement prime ici la quantité; aussi faut-il toujours ponctionner et répéter la même opération en cas de récidive. Si l'épanchement pleural est considérable et coexiste avec une lésion pulmonaire limitée, il y a lieu de faire suivre l'empyème d'un lavage antiseptique avec l'eau naphtolée (Chauffard). S'il existe un foyer gangréneux bien limité (la multiplicité et la bilatéralité des lésions, l'intoxication trop profonde contre-indiquent toute intervention chirurgicale), qui résiste au traitement médical et menace d'épuiser le malade, quelle conduite adopter? Les injections parenchymateuses antiseptiques, seront absolument rejetées; elles n'ont qu'une action très limitée, oblitèrent des bronches saines et entraînent, dans les alvéoles non oblitérés, des parcelles putrides. En cas d'intervention, il faut que celle-ci soit large et aboutisse à la mise à jour du foyer gangréneux.

Au médecin incombe la recherche de l'adhérence des plèvres (fixité du poumon dans les mouvements respiratoires) et de l'étendue des foyers en voie d'excavation (matité, râles humides, exagération des vibrations thoraciques, souffle, râles caverneux, et présence de fibres élastiques dans les crachats). Le chirurgien a dès lors le choix entre la pneumotomie qui, ainsi que l'indique Richerolle, dans sa thèse sur la chirurgie du poumon, a dans ces circonstances, donné de 1886 à 1892, sur 31 cas, 13 guérisons, 4 améliorations et 14 morts. Depuis cette statistique, Monod, Périer, White, Roux, etc., ont obtenu des succès. Disons enfin que MM. Drinkwater et Delagénière, ne se contentent pas d'inciser et de drainer les foyers gangréneux, ils les résèquent. Exposer le manuel opératoire de ces deux graves interventions, serait dépasser le but de cette revue médicale. On le trouvera décrit dans un excellent travail que lui a consacré M. Mauclaire dans la *Tribune médicale*, 1893.

Dr Thiroloix.

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Le traitement des péritonites chez l'enfant.

Il y a plusieurs formes de péritonite, dans lesquelles les indications thérapeutiques sont notablement différentes.

Il faut, en particulier, distinguer les péritonites aiguës et les péritonites tuberculeuses, à propos desquelles nous ajouterons quelques mots sur les péritonites chroniques simples.

1° Péritonites aiguës. — Deux cas se présentent, selon qu'il y a ou non épanchement dans le péritoine. Une *péritonite sans épanchement*, en effet, n'est pas justiciable de la chirurgie. Le meilleur traitement consiste dans le repos absolu au lit et dans l'administration de l'opium : on fera prendre à l'enfant, d'heure en heure, puis en espaçant davantage, lorsque la sédation sera obtenue, des pilules d'opium de 1 centigramme ou de un demi-centigramme. A cela, on ajoutera l'application d'une vessie de glace sur le ventre, à la condition que le sac qui la contient ne fasse que s'appliquer sur la peau sans peser sur elle ; pour cela, il sera suspendu à un cerceau et séparé des téguments par une flanelle. On supprimera momentanément toute alimentation. On permettra seulement tous les quarts d'heure une cuillerée à café ou à soupe d'eau glacée, additionnée de champagne. Les premiers accidents conjurés, on essaiera l'alimentation rectale.

Quand la péritonite est passée à l'*état subaigu*, le badigeonnage avec le collodion élastique, les onctions d'onguent napolitain trouvent leur indication.

Quand on peut constater, dès le début, la péritonite encore localisée, l'application de quelques sangsues peut contribuer à l'enrayer et a toujours pour effet de diminuer la douleur.

Lorsqu'il y a *épanchement dans le péritoine*, il s'agit d'une ascite par péritonite tuberculeuse aiguë, variété dont nous joindrons l'histoire à celle des autres formes de péritonite tuberculeuse. Nous ne parlerons donc pour le moment que des péritonites à épanchement purulent, n'ayant pas une origine appendiculaire.

Parmi les péritonites à *épanchement purulent*, une variété assez spéciale s'observe chez les petites filles surtout — ce qui est sans doute en rapport avec une infection tubaire d'origine vulvo-vaginale, d'où des préceptes prophylactiques importants ; c'est une péritonite à allures relativement assez bénignes, et qui a une grande tendance à s'ouvrir spontanément au dehors par l'ombilic. Après cette ouverture, la guérison survient assez souvent peu à peu, mais il est loin d'être rare que l'enfant succombe à la septicémie aiguë, engendrée par ce foyer qui se vide mal et qui, d'autre part, devient le siège d'infections secondaires. Nous conseillons donc de ne pas attendre cette terminaison spontanée, et même, lorsqu'elle a lieu, de ne s'en contenter que si l'apyrexie reste parfaite et si le foyer se vide bien. Le véritable traitement consiste dans la laparotomie sous-ombilicale médiane, suivie du drainage large du foyer.

La conclusion est que toute péritonite avec épanchement purulent sera traitée par l'incision franche et le drainage, que cet épanchement soit ou non enkysté. Dans presque tous les cas, le lavage sera inutile et mieux vaut déterger simplement le foyer avec des tampons montés. S'il s'agit d'une péritonite généralisée, il faut chercher avec soin les collections purulentes entre les anses intestinales, dans les divers coins et recoins, sous les fausses membranes, puis on drainera de préférence à l'aide de mèches de gaze iodoformée introduites dans diverses directions.

2° Péritonite tuberculeuse. — C'est au *traitement médical*, c'est-à-dire à l'hygiène alimentaire, aux révulsifs patiemment réitérés et à certains médicaments, que nous devons tout d'abord demander la guérison.

Les vésicatoires de petites dimensions, mais nombreux, les pointes de feu, les badigeons de teinture d'iode seront successivement appliqués sur les points où la douleur et la rénitence indi-

quent l'existence du travail péritonitique. Les applications de collodion élastique alterneront avec les moyens révulsifs.

Des laxatifs doux, huileux, feront cesser l'accumulation des matières dans l'intestin.

En cas de début intestinal, des lavements donnés avec de grandes précautions, tour à tour émollients et antiseptiques, le naphtol, l'iodoforme, la créosote, favoriseront la cicatrisation des lésions intestinales, s'il en existe.

L'alimentation sera légère, simple, nutritive sous un petit volume : lait, œufs, viande rôtie, pulpe de viande, glycérine. Le traitement reconstituant aura pour base l'huile de foie de morue créosotée, à doses progressivement croissantes, si elle est bien digérée, et les phosphates ou hypophosphites. Mais tous ces moyens sont trop souvent impuissants et il y a lieu de songer, plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici, au *traitement chirurgical*.

Les indications opératoires et les résultats thérapeutiques sont assez variables, suivant la forme anatomique de la lésion.

a. *Formes ascitiques*. — Le chirurgien doit évidemment s'abstenir, lorsque l'ascite tuberculeuse n'est qu'un des éléments d'une granulie généralisée. Mais quelquefois, la tuberculose miliaire aiguë se localise au péritoine. Dans cette forme, le résultat opératoire est presque toujours fatal ; néanmoins, nous croyons qu'on a le droit d'opérer, d'abord parce que l'évolution naturelle de ces cas aboutit constamment à la mort, ensuite parceque ces péritonites ont assez souvent, chez l'enfant, les allures d'une péritonite aiguë avec épanchement non tuberculeuse, pour laquelle nous venons de dire que la laparotomie s'impose.

Dans les formes ascitiques subaiguës et surtout chroniques, que dans ces derniers cas l'épanchement soit généralisé ou enkysté, l'indication opératoire est, à notre sens, très nette. Nous ajouterons que l'opération de choix est la laparotomie franche, bien préférable à la ponction suivie de lavage du péritoine. L'incision sera médiane pour les ascites généralisées ; dans les formes enkystées, elle portera directement sur la tumeur, si toutefois on a établi le diagnostic exact, car c'est dans ces cas qu'on fait des erreurs de diagnostic (kystes de l'ovaire surtout). Après la laparotomie, certains chirurgiens ont lavé le péritoine ; d'autres, avec ou sans lavage, ont laissé dans le péritoine de la poudre d'iodoforme ; d'autres, enfin, n'ont eu recours à aucune de ces deux pratiques et se sont bornés à évacuer l'épanchement, puis à faire la toilette antiseptique du péritoine. Or, ces derniers ne semblent pas avoir eu des résultats immédiats et définitifs inférieurs à ceux des autres : c'est donc parmi eux que nous nous rangeons. La plupart du temps, on ne drainera pas. Le drainage sera à peu près exclusivement réservé aux formes enkystées, où la poche, très épaisse, reste béante. Les résultats obtenus sont incontestablement bons : la mortalité, chez l'enfant au moins, est à peu près nulle, et les guérisons définitives sont la règle, sans récidive. On transforme, en un mot, presque à coup sûr, la forme ascitique en cette forme fibreuse chronique, terminée par guérison, à laquelle elle aboutit quelquefois, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même.

Ces succès ont conduit certains auteurs à douter de la nature tuberculeuse du mal, et on a prouvé, en effet, que, parmi les péritonites chroniques avec ascite généralisée ou enkystée, il en est qui ne sont pas tuberculeuses, même lorsque l'opérateur a vu, à l'œil nu, sur le péritoine, des granulations qui lui semblaient spécifiques. Mais il est incontestable que nombre de guérisons concernent des ascites réellement tuberculeuses. La conclusion pratique est, d'ailleurs, que le chirurgien doit traiter par l'incision franche toute péritonite chronique à forme ascitique, généralisée ou enkystée.

b. *Formes fibreuses sèches*. — Dans ces cas, les avis sont plus partagés et d'assez nombreux chirurgiens plaident pour l'abstention. Pourtant, dans les formes fibreuses sèches et non adhésives, nous croyons que la laparotomie donne des résultats supérieurs à ceux de l'expectation et comme, d'autre part, la laparotomie est ici facile et bénigne, nous croyons indiqué de la pratiquer. Dans la forme fibreuse adhésive, la question change de face pour deux motifs : d'abord, c'est souvent une forme de guérison ; ensuite, la laparotomie au milieu des adhérences est une opération difficile et assez grave. On n'interviendra donc que dans des cas déterminés : lorsque les adhérences intestino-épiploïques causeront des douleurs intenses (cas auquel il faudra rompre ces adhérences et l'opération sera laborieuse et délicate) ; lorsque le sujet présentera des accidents d'occlusion intestinale, ou bien enfin lorsqu'il s'agira d'une lésion abdominale de diagnostic douteux pour laquelle on fera une laparotomie exploratrice.

c. *Formes ulcéreuses*. — Ces cas sont incontestablement les moins favorables. L'abstention sera la règle dans les formes ulcéreuses sèches ou à foyers caséeux purulents multiples et petits. On incisera au contraire, lorsqu'on diagnostiquera une grande poche purulente occupant, tantôt presque toute la cavité péritonéale, tantôt enkystée en un point quelconque, souvent autour du foie et, plus souvent encore, autour de l'ombilic. L'incision sera faite directement sur la poche, on évacuera le pus, on curettera quelquefois, avec grande douceur, le péritoine pariétal ; d'assez nombreux auteurs sont ici partisans du lavage (eau boriquée chaude) ; en tout cas, on drainera.

Une complication de ces formes ulcéreuses est l'ouverture à l'ombilic, avec constitution d'une fistule pyo-stercorale. Les opérations dirigées contre cette lésion ont toujours été extrêmement laborieuses, et presque toujours mortelles : l'abstention doit donc être recommandée en principe.

d. *Occlusion intestinale*. — Au cours de la péritonite tuberculeuse, l'occlusion peut être produite par une bride ou par une coudure et, dans ces deux cas, la laparotomie est nettement indiquée ; ou bien il s'agit d'anses agglutinées en masse par des adhérences diffuses et le résultat de la laparotomie est à peu près fatal, car on ne saurait avoir la prétention de sculpter l'intestin dans le magma fibro-caséeux ; ou bien, enfin, il y a un pseudo-étranglement par paralysie intestinale, cas auquel, quoique la laparotomie ait

donné des succès, il serait suffisant d'électriser l'intestin. Telles seraient les indications thérapeutiques générales, si on portait un diagnostic anatomique précis ; mais ce n'est généralement pas le cas, et la conclusion pratique est que l'on doit traiter, par la laparotomie, toute occlusion aiguë survenant au cours d'une péritonite tuberculeuse reconnue. Dans l'occlusion chronique, les résultats seront moins bons, mais nous croyons toutefois que la laparotomie exploratrice est indiquée. Si la péritonite bacillaire a été méconnue jusqu'à ce jour, le traitement devient celui de l'occlusion intestinale en général.

Quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve et en l'absence d'accidents d'occlusion conduisant à une opération d'urgence, avant d'opérer il faut peser avec soin les contre-indications, que peut fournir l'examen des différents viscères et surtout des plèvres, des poumons, de l'intestin, du rein. Si en effet on constate du côté de ces organes des lésions tuberculeuses notables, on devra s'abstenir ; mais une tuberculose pulmonaire légère n'est pas une contre-indication ; et, d'autre part, on sera bien averti que l'albuminurie n'est pas l'indice certain d'une néphrite tuberculeuse (1).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le cas du Dr Lafitte.

Le cas du Dr Lafitte continue à nous valoir un grand nombre de lettres de nos Confrères. Quel que soit leur intérêt, il nous est impossible de les insérer toutes. Nous ne pouvons qu'en donner quelques extraits.

Monsieur le Directeur,

C'est avec le plus grand plaisir que je vous adresse les pétitions concernant la grâce du Dr Lafitte.

Il est indispensable que désormais un Jury médical soit établi pour juger un médecin ou, tous les jours, des médecins pourront être condamnés par des Jurys inconscients.

Dr A....

Mon cher Confrère,

Fidèle soldat du *Concours*, je m'empresse de vous envoyer les pétitions pour le Dr Lafitte. Il me semble que son malheureux cas milite en faveur d'un Jury professionnel. Pourquoi n'en parle-t-on pas ? Les militaires ont le Conseil de guerre, pourquoi les médecins n'auraient-ils pas un Jury médical ? Il me semble que la question vaut la peine d'être soulevée.

On a évincé du Jury de Versailles le seul membre compétent, un confrère ! Je suis sûr que vous êtes de mon avis et que vous signalerez à qui de droit ce desideratum.

22 septembre 1894.

Dr S....

Monsieur et cher Directeur,

Je m'empresse de vous envoyer les deux pétitions en faveur du Dr Lafitte injustement condamné.

Ce cas, ajouté à tant d'autres, ne prouve-t-il pas surabondamment le vice de l'institution du Jury et la malveillance de la magistrature, en général, vis-à-vis du corps médical ?

Dr H....

Monsieur le Directeur,

Le triste procès du Dr Lafitte doit attirer toute l'attention du corps médical. Médecin expert pendant plus de 20 ans, près du tribunal de ma région, je n'ai jamais vu un accusé, quel qu'il fût, condamné, sans qu'on ait produit le corps du délit.

Voilà une fille qui prétend être accouchée d'un embryon de deux mois et demi ou trois mois et, après l'avoir placé dans un tiroir, l'avoir plus tard jeté dans la Seine.

Des médecins experts sont appelés et, après avoir fait une longue et savante dissertation sur les divers modes de procéder à l'avortement — dissertation bien inutile et qui eût mieux trouvé sa place dans un cours de médecine légale — viennent déclarer que cette fille est accouchée !

Accouchée de quoi ?— Qu'en savez-vous, puisque vous n'avez rien vu ? Qui vous dit qu'elle n'est pas accouchée d'un kyste, d'un polype, d'un corps fibreux, d'une môle ? Dans tous ces cas vous trouverez les traces d'un accouchement récent.

C'est sur les déclarations de la fille, qui pressée par les interrogatoires d'un juge d'instruction plus ou moins zélé — et nous savons tous ce qu'on peut tirer d'un malade soumis à un examen serré — met en cause le médecin pour s'excuser vraisemblablement, c'est sur ce dire qu'on conclut au crime !

Tous ont fait fausse route dans le cas présent, et si de véritables experts, des Tardieu, des Brouardel, avaient été appelés en séance, jamais un aussi triste procès n'eût eu un si déplorable dénouement.

Dr M....

---

26 septembre 1894.

Monsieur le Directeur,

Depuis bien des jours déjà, je voulais vous dire combien j'étais avec vous dans la campagne si confraternelle que vous dirigez en faveur de notre malheureux confrère le Dr Lafitte, si légèrement (pour ne pas dire plus !) condamné par un jury incompétent, qui n'a pas su (ou qui n'a pas voulu) comprendre les rapports des experts !

J'avais songé à vous apporter des faits de ma pratique personnelle, ayant quelque analogie avec le cas du Dr Lafitte et tendant à prouver que les traitements, même les plus énergiques, de la métrite chronique produisaient bien rarement l'avortement ? et, d'ailleurs, quel est le médecin, même le plus expert, qui peut dire qu'il n'a jamais été trompé, soit par des malades qui avaient intérêt à dissimuler leur grossesse, ou, au contraire, à y faire croire ? — Je renonce à mes notes personnelles, car, en faisant une recherche, dans le Traité des maladies des femmes de *Gallard*, je viens d'être frappé par un passage que l'on dirait écrit pour la circonstance ? je copie, page 724-725, Edit. 1879 : « *En* « *ce qui concerne les ulcérations utérines des femmes* « *enceintes, la première question est de savoir si l'on* « *doit intervenir activement, pour les soigner, ou s'il ne* « *vaut pas mieux attendre que l'accouchement ait lieu?* « *........je me range du côté des praticiens qui veulent* « *qu'on agisse comme si l'utérus n'était pas gravide et je* « *pense que l'on est bien plus exposé à voir l'avortement* « *se produire, si l'on abandonne à elle-même la métrite,* « *coïncidant avec la grossesse; et donnant lieu à des* « *ulcérations du col, que si l'on a soin de la traiter d'une* « *façon convenable........* « Cette pratique m'a toujours réussi sans avoir déterminé le moindre accident. » Suivent quelques mots prouvant que le traitement peut souvent éviter l'avortement, loin de le provoquer !)

Il me semble qu'il y a dans ces quelques lignes une approbation sérieuse de la conduite de notre confrère ? la preuve qu'il a agi dans la plénitude, je ne dirai pas de son droit, mais de son devoir ?

Si vous partagez ma manière de voir, cher confrère, et si vous pensez que cette opinion soit de quelque valeur jointe au dossier de notre confrère, victime d'une si injuste condamnation, je m'estimerai très heureux, si j'ai pu, moi aussi, contribuer, pour si peu que ce soit, à sa juste réhabilitation ?

Quel praticien, s'occupant un peu des maladies des femmes, n'a pas été consterné par l'arrêt de la Cour d'Assises ? Quel n'a pas hésité un instant, entre le soulagement à apporter à une malheureuse

(1) Traité de thérapeutique infantile, par Le Gendre et Broca.

malade, et la crainte de voir son acte médical, mal interprété, se retourner contre lui et menacer son honneur et celui de ses enfants !

Veuillez agréer, cher Directeur, l'assurance de mon entier dévouement, et de mon estime pour l'œuvre du « Concours Médical », que votre énergie, qui ne se dément pas un instant, à su faire si prospère !

E. Pichez,
Chirurgien en chef
des Hospices civils de La Rochelle.

A M. le Dr Massin, à Pierre :

La lettre, ci-dessus est principalement publiée à votre intention.

A. C.

Les médecins des Lycées privés de la gratuité de l'Externat.

Très honoré Confrère,

Les médecins titulaires des lycées, qui ont un fort modique traitement, et les médecins adjoints qui n'ont pas de traitement du tout et rendent des services, parfois très importants, jouissaient de la remise des *frais d'externat pour leurs enfants*. Une récente circulaire de M. *Spuller*, réglant les remises aux fonctionnaires, et ne visant pas les médecins, ceux-ci se trouvent dépouillés de ce privilège, si précieux pour beaucoup d'entre eux.

Plusieurs confrères placés dans ce cas, ont dû adresser déjà des revendications aux pouvoirs publics. Je pense que l'*Association générale* en sera saisie et fera le nécessaire pour obtenir le retour à l'ancien usage. Cependant, ne croyez-vous pas que tous les médecins des lycées devraient agir auprès des sénateurs et députés de leurs circonscriptions ? Ne nous faisons pas d'illusion ; si nous ne faisons aucune démarche d'ensemble, cette mesure injuste ne sera pas rapportée. Il ne s'agit pas là d'une question personnelle, mais d'une mesure qui frappe beaucoup de familles médicales intéressantes. Que tous les médecins intéressés ou non, directement, viennent aider en ceci leurs confrères injustement frappés. Pour les médecins adjoints, il est inexact de les comparer aux fonctionnaires ayant un petit nombre d'heures de service, puisque ces fonctionnaires ont tous des traitements. Et s'il est juste que les employés les plus modestes, concierge, lingères, ou les maîtres de danse, d'escrime, aient des remises, n'est-il pas absurde que le médecin adjoint en soit privé, lui qui n'a aucun autre avantage, qui est réquisitionné, souvent d'urgence, toutes affaires cessantes, et ne jouit d'aucun traitement ?

Pour mettre en éveil l'attention des confrères et leur éviter de désagréables surprises, pour obtenir une action collective, visant le plus tôt possible la restitution de nos droits acquis par des services dévoués, j'ai pensé que vous voudriez bien, Monsieur et très honoré confrère, accorder l'hospitalité de votre si utile « Concours Médical » à cette lettre. Je suis persuadé que le bureau de l'Association générale d'une part, le bureau de la Réunion des médecins Sénateurs et Députés de son côté et enfin tous les députés, connus personnellement par nos collègues, pourraient nous faire rendre justice, s'ils voulaient bien intervenir activement et sans tarder.

Merci d'avance, très honoré confrère, et recevez encore une fois l'assurance des sentiments reconnaissants que nous inspirent à tous votre dévouement et votre ardeur pour la défense des intérêts professionnels.

Agréez, etc.

Dr X.

Nous nous joignons bien volontiers à la réclamation modeste et légitime de notre confrère, qui ne signe pas, à cause de sa qualité de fonctionnaire, et sommes à sa disposition.

A. C.

Quelques réflexions sur les déclarations des maladies épidémiques.

Je viens, pour un cas de fièvre typhoïde chez un de mes proches, de déchirer la première page de mon carnet de déclarations des cas de maladies épidémiques. C'est avec une réelle répulsion que j'ai déposé, dans une boîte aux lettres banale, les deux cartes postales, à découvert, adressées l'une au Préfet de l'arrondissement, l'autre au maire de ma commune. Dire qu'un praticien livre ainsi à tous ceux (bureaux de la poste, de la mairie, de la Préfecture), qui auront entre les mains ces cartes sans enveloppes, que dans telle ou telle maison (Hôtel. Maison de commerce, maison particulière et de rapport, etc...) existe un malade dangereux pour ses voisins ! Dans mon cas cela importait peu : les vexations ne pouvaient avoir d'importance : en haut lieu, on n'ignorait pas que toutes les mesures prophylactiques seraient prises. Il me tardait seulement de connaître quelles suites seraient données à ma déclaration. Deux jours après, deux sergents de ville, les galonnés, vinrent s'informer, au nom de notre Maire, de l'état de ma malade ? Je ne veux voir là qu'une démarche d'urbanité : qu'il me soit donc permis de remercier ici l'autorité de son aimable démarche et de cette marque d'intérêt !

Le mode de déclaration me semble donc augmenter les inconvénients de la loi, et je viens de relire le texte de celle-ci pour étudier s'il n'est pas possible, dans le bien de tous, d'en interpréter autrement l'application.

La loi dit ceci et on ne saurait trop l'imprimer :

« Art. 15. — Tout Docteur, officier de santé ou « sage-femme est tenu de faire à l'autorité publi- « que, son diagnostic établi, la déclaration des cas « de maladies épidémiques tombées sous son obser- « vation et visées dans le paragraphe suivant. »

« La liste des maladies épidémiques, dont la « divulgation n'engage pas le secret professionnel, « sera dressée par arrêté du Ministre de l'intérieur, « après avis de l'Académie de médecine et du Co- « mité consultatif d'hygiène publique de France. « *Le même arrêté fixera le mode de déclaration des « dites maladies* ».

Or, un arrêté n'est pas une loi et peut toujours être modifié par l'administration seule.

Je viens donc proposer à mes confrères du Syndicat des Deux-Sèvres et à tous ceux des autres Syndicats de présenter, dans leurs prochaines réunions les vœux suivants comme modifications du mode de déclaration des dites maladies.

« 1° Les déclarations de cas de maladies épidé- « miques seront adressées, non à découvert, mais « sous plis cachetés, avec les avantages actuels « (franchise postale), non aux maires et agents de « l'administration, mais aux conseils d'Hygiène de « chaque arrondissement.

« 2° Un docteur en médecine du dit conseil (il « en est dans tous) centralisera ces renseignements « et leur donnera les suites nécessaires.

« 3° Toutefois un imprimé, indiquant, dans tous « les cas, les mesures prophylactiques à prendre, « sera, dès réception de la déclaration, adressé « dans la famille contaminée et le médecin traitant » en surveillera l'exécution.

« 4° Si plusieurs cas sont signalés dans un péri- « mètre restreint, le docteur membre du conseil « d'Hygiène, chargé du service de centralisation, « convoquera d'urgence le conseil et des mesures « spéciales seront prises ».

Il y aura ainsi *discrétion absolue* et *action très rapide de préservation*. Nous nous prêterons alors de bon cœur à ce que l'Etat exige de nous : n'est-ce pas tout ce que demande la loi ?

Dr G. Béranger,

Niort, 15 septembre 1894.

La loi Chevandier et les conventions qui règlent l'exercice de la médecine dans les communes frontières.

Nous trouvons, dans le *Poitou médical*, une étude intéressante sur les conventions qui règlent l'exercice de la médecine dans les communes frontières.

C'est une question qui reste à l'ordre du jour et sur laquelle revenait encore, dernièrement, le Dr Lécuyer.

Nous donnons donc l'article de M. Festy.

On sait qu'il existe des Conventions, passées par la France, avec certains pays voisins, pour réglementer l'exercice de la médecine dans les communes françaises et étrangères situées près des frontières. Ces Conventions, identiques quant au fond et souvent quant à la forme, sont au nombre de trois : la Convention du 30 septembre 1879 avec le Luxembourg, celle du 12 janvier 1881 avec la Belgique et celle du 29 mai 1889 avec la Suisse. Ces actes, qui établissent un régime de réciprocité, donnent aux médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, etc., « autorisés » par l'un des contractants, le droit d'exercer dans les communes du pays voisin, visées par les Conventions ; ils définissent les obligations imposées à ces personnes, quand elles exercent leur profession sur le territoire étranger; ils indiquent de quelle manière les Conventions prendront fin.

On s'est demandé si la loi des 30 novembre et 1er décembre 1892, qui exige pour l'exercice de la médecine en France le grade de docteur délivré par une Faculté de médecine française, pourrait être opposé aux médecins des pays limitrophes qui, en vertu des Conventions, exercent dans les communes françaises situées près des frontières et visées par ces actes, et si l'exercice de la médecine pourrait leur être interdit, au cas où ils ne justifieraient pas d'un diplôme délivré par une Faculté française.

Il semble bien, au premier abord, que le droit des médecins pourvus de diplômes français à exercer leur art, soit un droit exclusif aussi bien dans la zone frontière que sur le reste du territoire. La loi de 1892 est formelle, ses termes sont généraux et absolus : « Nul, dit l'art 1er, ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement supérieur médical de l'Etat » ; et l'art. 5. porte que les « médecins..., diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France, qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine... » Du principe ainsi posé, les art. 16 et 17 font application, le premier en déterminant les cas d'infraction, le second en conférant le droit de poursuite tant au ministère public, qu'aux personnes intéressées (syndicats de médecins, etc.)

A l'appui de cette opinion, on peut citer encore le § 1er des art. 2 de la Convention franco-belge et de la Convention franco-luxembourgeoise : les médecins, exerçant l'art de guérir au delà des frontières de leur pays, « devront se conformer à la législation *qui est ou qui sera* en vigueur, relativement à l'exercice de l'art de guérir, d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent. » L'art. 2 de la Convention franco-suisse est conçu dans le même sens quoiqu'en termes différents. N'est-il pas évident, dira-t-on, que les Conventions ont prévu le cas où l'une des parties contractantes viendrait à modifier sa législation sur l'exercice de la médecine, et que, même à défaut des termes généraux de la loi nouvelle, le texte précédent suffirait pour trancher la question et pour interdire désormais aux médecins luxembourgeois, belges et suisses l'exercice de leur profession dans les communes françaises limitrophes, à moins qu'ils ne justifient d'un diplôme délivré par une Faculté française ?

Ces arguments, si sérieux qu'ils soient, ne sont cependant pas décisifs ; un examen plus approfondi de la difficulté démontre, au contraire, que la loi de 1892 ne modifie pas l'état de chose préexistant. En effet, les Conventions passées par la France avec le Luxembourg, la Belgique et la Suisse, étant des actes synallagmatiques, ne peuvent prendre fin que de la manière indiquée par ces actes : chacune d'elles doit donc rester en vigueur « jusqu'à l'expiration de six mois à partir du jour auquel elle aura été dénoncée par l'une des deux parties contractantes ». D'autre part, les Conventions ne prévoient aucun cas d'abrogation tacite, et tel n'est pas le sens de l'art. 2 § 1er cité plus haut, sur lequel s'appuient les partisans de l'opinion adverse; le § 1er doit être rapproché du § 3 du même article : « Les personnes ci-dessus désignées, qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives, dont il vient d'être parlé, seront privées du bénéfice de l'art 1er. » Il s'agit donc dans cet article d'infractions *individuelles* à des lois ou règlements; et il n'est pas question du cas où une loi, opposable d'une façon générale et absolue à *l'ensemble* des personnes autorisées par les Conventions à exercer en France, entraînerait l'abrogation tacite et le retrait immédiat (et non plus six mois après), des avantages conférés par ces actes aux médecins des communes étrangères limitrophes.

Il convient d'ailleurs de remarquer que le gouvernement français n'a pas à apprécier la capacité des médecins luxembourgeois, belges ou suisses, qui exercent dans les communes françaises en vertu des Conventions. Aux termes de l'article 4 de la Convention franco-luxembourgeoise et de la Convention franco-belge, et de l'art. 5 de la Convention avec la Suisse, l'autorisation que les gouvernements grand-ducal, belge, etc., donnent à ces personnes d'exercer dans les communes luxembourgeoises et des frontières leur constitue un titre *nécessaire, mais suffisant*, pour la pratique de leur art dans les communes françaises limitrophes.

On peut affirmer en outre que les pouvoirs publics français n'ont pas voulu mettre fin à l'état de choses créé par les Conventions, mais qu'au contraire ils ont entendu maintenir dans leur position antérieure les médecins des communes étrangères limitrophes. On lit dans le rapport de M. Cornil au Sénat sur la loi de 1892 : « Pour ce qui est des médecins de frontières appelés à exercer dans les communes limitrophes de la France, elles (les conditions d'exercice de la médecine) seront réglées successivement par Conventions diplomatiques, comme cela a été fait pour la Belgique et le Luxembourg. » Il semble bien résulter de ces derniers mots que les Conventions n'ont pas été atteintes par le vote de la loi de 1892 ; cette interprétation est d'autant plus légitime que le gouvernement français, dans le délai d'un an qui a séparé le vote de la loi de sa mise à exécution (art 34), avait tout le temps de dénoncer les Conventions, et six mois après elles eussent cessé d'être en vigueur; mais cette dénonciation n'a pas été faite.

Enfin, l'art. 28 de la loi de 1892 fournit un argument qui ne doit pas être négligé. « Les médecins..., dit-il, venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée. » Sans doute, en édictant cette disposition, le législateur avait principalement en vue les praticiens fixés dans les centres et les villes d'eaux ; mais il n'est pas vraisemblable que dans une loi où il traite si favorablement les médecins établis sur un point quelconque du territoire en leur conservant la possession d'avantages qui leur sont conférés à titre purement gracieux, le Parlement ait entendu, en même temps, dépouiller les médecins étrangers des frontières du droit qu'ils possèdent, en vertu de Conventions internationales, à exercer dans les communes françaises limitrophes.

De tout ce qui précède, il ressort donc clairement que la loi de 1892 n'affecte en rien la situation faite aux praticiens étrangers par les Conventions de 1879, de 1881 et de 1889 ; ils peuvent, comme avant le vote de cette loi, exercer dans les communes françaises situées près des frontières, et l'absence de diplômes

français ne saurait les exposer aux poursuites du ministère public ou des médecins français ; de telles poursuites, si elles étaient intentées, seraient contraires aux Conventions et ne trouveraient pas, dans la loi de 1892, de base juridique suffisante ; en outre, elles provoqueraient, à n'en pas douter, des représailles à l'égard des médecins établis dans les communes françaises qui, se fondant sur ces actes, continueraient à exercer dans les communes étrangères limitrophes.

O. Festy.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal correctionnel de la Seine.

11e Chambre.

Présidence de M. Turcas.

Médecin-pharmacien. — Substances vénéneuses. Dosage. Ordonnance incomplète. Exécution de la dite ordonnance. Loi du 19 juillet 1845 (art. premier). Ordonnance du 29 octobre 1846 (art. 5). Art. 319 et 320 Code pénal. Décret du 18 juillet 1850. Loi du 22 Germinal an XI (art. 32).

Le tableau du décret du 18 juillet 1850 (énumération des substances vénéneuses) annexé à l'ordonnance du 29 octobre 1846 est purement limitatif. En conséquence, les substances vénéneuses qui n'y sont pas comprises (le calomel, notamment) peuvent être vendues en dépit des prescriptions formulées par la dite ordonnance.

La responsabilité pénale des médecins et pharmaciens peut, en dehors même des lois régissant leur profession, être encourue chaque fois que les règles de prudence et de bon sens, auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, n'ont point été observées.

L'existence juridique de tout délit exige que la relation de cause à effet soit établie.

Ainsi jugé, après plaidoiries de *Mes Marc Perret* pour la partie civile et *Chanson* pour les inculpés, dans des circonstances que précise suffisamment le jugement dont voici les termes :

« Le tribunal,

« Attendu que les époux Forgerol ont cité devant le tribunal correctionnel le docteur Castinel et le pharmacien Maingot : le premier pour avoir délivré une ordonnance prescrivant une potion au calomel à prendre une ou deux fois à une demi-heure d'intervalle, sans en préciser la dose ; le second, pour avoir exécuté cette ordonnance dont le libellé était défectueux, et pour, tous deux, se voir faire application de l'art. 1 de la loi du 19 juillet 1845 et de l'art. 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, comme aussi des art. 319 et 320. C. P.

« Attendu que les prévenus ne méconnaissent point : Castinel, d'avoir délivré l'ordonnance dont il s'agit, sans avoir déterminé la dose du calomel à employer ; Maingot, de l'avoir exécutée, sans qu'il puisse être établi quelle dose contenait la potion ;

« Attendu qu'il est constant que la dame Forgerol, après avoir absorbé ce médicament, a éprouvé les symptômes d'un empoisonnement, a été atteinte d'une affection connue sous le nom de stomatite et d'une incapacité de travail d'au moins 20 jours ;

« En ce qui concerne l'application de la loi de 1845 et de l'ordonnance de 1846 ;

« Attendu que, aux termes de l'art. 5 de la dite ordonnance, la vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, ou d'un vétérinaire breveté, et que cette prescription doit être signée, datée, et doit énoncer en toutes lettres la dose des dites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament, le tout à peine, contre les contrevenants, de l'application des dispositions de la loi de 1845 ;

« Attendu que, à cette ordonnance a été annexé un tableau des substances vénéneuses qui a été remplacé par un autre en vertu d'un décret du 18 juillet 1850 ;

« Attendu que les substances vénéneuses ont donc été réglementées et font aujourd'hui l'objet d'une nomenclature légale ;

« Qu'il n'est pas permis en conséquence aux tribunaux d'en augmenter le nombre et que, par suite, les poisons qui ne sont pas compris dans ledit tableau, restent pleinement dans le commerce et peuvent être vendus sans que les formalités plus haut énoncées aient été remplies ;

« Attendu que le calomel ne figure point dans cette nomenclature ;

« Qu'il ne peut donc être fait application aux prévenus de la loi et de l'ordonnance susvisées ;

« En ce qui concerne l'application des art. 319 et 320 C. pén. ;

« Attendu que la dame Forgerol prétend que Castinel (en ordonnant une potion au calomel sans indiquer la dose de ce médicament qui est un poison dangereux), et que Maingot (en exécutant cette ordonnance, dont les indications nécessaires pour la préparation de la potion, n'étaient pas indiquées), ont commis une imprudence, une négligence, ou une inobservation de règlements, qui entraîne à leur égard l'application des articles 319 et 320 C. pén. ;

« Attendu que la responsabilité pénale des médecins et pharmaciens peut être encourue au dehors des lois qui régissent leur profession, toutes les fois que les règles de prudence et de bon sens, auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, n'ont point été observées ;

« Attendu que Castinel ne pouvait ignorer que le calomel était un poison dont l'administration ne devait être ordonnée qu'à une dose déterminée ;

« Qu'en rédigeant la dite ordonnance comme il l'a fait, il a donc commis une imprudence ou tout au moins une négligence, qui pourrait, le cas échéant, engager sa responsabilité ;

« Attendu que Maingot, en exécutant une telle ordonnance, a non seulement commis une réelle imprudence, mais encore a contrevenu aux dispositions de l'art. 32 de la loi du 10 germinal an XI, qui lui impose l'obligation de se conformer, pour la préparation des remèdes composés, aux prescriptions faites par le médecin, quand ces remèdes, comme le calomel, ne sont point inscrits au codex ;

« Que la dite ordonnance ne portant aucune indication de dose, Maingot n'aurait pas dû l'exécuter, puisqu'il ne possédait point les indications nécessaires pour préparer la potion ;

« Attendu que si l'infraction aux dispositions susvisées est caractérisée, à la charge des prévenus, au point de ses éléments légaux et matériels, il faut encore, pour qu'il y ait délit, que la relation de cause à effet soit établie, c'est-à-dire que la cause déterminante de la maladie de la dame

Forgerol, soit la potion au calomel qu'elle a prise ;

« Attendu qu'il résulte du rapport du Dr Vibert que le calomel est prescrit journellement, à titre de purgatif, en quantité qui atteint souvent un gramme, et qu'il n'est capable d'occasionner des troubles sérieux de la santé, que lorsqu'il est ingéré en quantité trop considérable ;

« Attendu que ce rapport constate en outre que la stomatite mercurielle peut être déterminée par une dose très légère de calomel et que certaines personnes ne peuvent même pas supporter 20 centigrammes de ce médicament ;

« Attendu, dans ces conditions, que la responsabilité pénale des prévenus ne peut exister, que si la potion contenait une dose trop forte de ce toxique ;

« Attendu qu'il a été impossible de vérifier la quantité de calomel que renfermait la potion ;

« Que le tribunal ne peut dire, en conséquence, si l'imprudence ou la négligence dont les prévenus se sont rendus coupables, a eu pour effet de produire les troubles graves qui se sont manifestés dans la santé de la dame Forgerol ;

« Attendu que le délit qui est imputé à Castinel et à Maingot, n'est point caractérisé dans tous ses éléments constitutifs ;

« Que, par suite, les prévenus doivent être renvoyés des fins de citation ;

« Par ces motifs,

« Dit qu'il n'y a pas lieu de faire application aux prévenus de la loi de 1845 et des art. 319 et 320 du Code pénal.

« Les renvoie des fins de citation, et condamne la partie civile aux dépens. »

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Rouen.

27 *Avril* 1894.

Présents : MM. Debout, *Président*, Carliez, Tinel, Brunon, Delabost, Lireux, Douvre, Quentin, Cerné, Giraud, Fauvel et Bouju.

M. le Dr de Welling donne sa démission de membre du bureau.

M. de Welling ne remplissant pas de fonctions électives particulières, sa présence régulière aux séances n'est pas indispensable ; on espère qu'il reviendra sur sa décision et sa démission n'est pas acceptée.

Maladies épidémiques.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mode de déclaration des maladies épidémiques.

M. Cerné dit qu'il a semblé à plusieurs de ses collègues et à lui, que le mode de déclaration des maladies épidémiques par cartes postales ouvertes, était très défectueux ; sans vouloir attaquer la loi elle-même, qui est utile, il semble que l'on aurait pu trouver un mode de l'appliquer qui ne soit pas en contradiction avec toutes les lois médicales. C'est la négation du secret professionnel, préjudiciable au médecin et au malade.

M. Cerné pense que le Syndicat doit protester énergiquement et que les médecins doivent refuser d'accepter ce mode de déclaration.

Après discussion, il est convenu que l'on provoquera une Assemblée générale de tous les médecins de Rouen et de la banlieue.

Ces Confrères recevront une convocation individuelle pour vendredi prochain, signée de M. Douvre, président du Syndicat des médecins de la Seine-Inférieure.

Que faut-il faire d'ici là ? L'Assemblée décide d'envoyer le bulletin au Maire seulement, sous pli fermé et timbré. — Les collègues qui auraient encore des enveloppes distribuées par la Mairie antérieurement, pourront les utiliser.

Le Secrétaire,
Georges Bouju.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous adressons nos sincères félicitations à notre excellent confrère, le Dr Lesguillons, de Compiègne, qui vient d'être nommé *Officier d'Académie*.

— M. Marcel Baudouin annonce, dans le *Progrès médical*, que le professeur Danilewsky l'a assuré que le Congrès international médical de 1896 aura lieu, au mois d'août à Moscou. Le choix de cette ville est définitif ; on pourra, de là, se rendre à la célèbre foire de Nijni-Nowgorod et revenir par Pétersbourg.

— Dans les circonstances actuelles, il est opportun de reproduire les articles du code qui se rapportent à l'avortement.

Art. 348 (317 § 1). Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen, aura, à dessein, fait avorter une femme, qui n'y a pas consenti, sera puni de la réclusion.

Art. 349 (317 § 1). Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six francs à trois cents francs.

Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de cinquante francs à cinq cents francs.

Art. 350 (317 § 1). Celui qui par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de deux à cinq ans, et à une amende de cent francs à cinq cents francs.

Art. 351 (317 § 1). La femme, qui, volontairement, se sera fait avorter sera punie d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

Art. 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme, auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, et aux travaux forcés de dix à quinze ans, si elle n'y a point consenti.

Art. 353 (317 § 3.) Dans les cas prévus par les art. 348, 350 et 352, si le coupable est médecin, chirurgien, accoucheur, sage-femme, officier de santé ou pharmacien, les peines, respectivement portées par ces articles, seront remplacées par la réclusion, les travaux forcés de dix ans à quinze ans, ou de quinze ans à vingt ans, selon qu'il s'agit de l'emprisonnement, de la réclusion ou des travaux forcés de dix ans à quinze ans.

— *Tarif des désinfections à Paris.* — Le Préfet de la Seine, à la suite d'une délibération du conseil municipal de Paris, vient d'arrêter le tarif suivant pour les désinfections effectuées par les soins des étuves municipales :

Pour un loyer matriciel inférieur à 800 francs,

néant ; pour un loyer matriciel de 800 à 999 francs, 5 francs ; de 999 à 1,999 francs, 10 francs ; de 2,000 à 2,999 francs, 15 francs ; de 3,000 à 3,999 francs, 20 francs ; de 4,000 à 4,999 francs, 30 francs ; de 5,000 à 5,999 francs, 40 francs ; de 6,000 à 6,999 francs, 50 francs ; de 7,000 à 7,999 francs, 60 francs ; de 8,000 à 9,999 francs, 80 francs ; de 10,000 à 14,999 francs, 100 francs ; de 15,000 à 19,999 francs, 150 francs ; de 20,0000 francs et au-dessus, 200 francs,

Cette part contributive comprendra le passage à l'étuve des objets contaminés et la desinfection des locaux.

Elle ne sera due qu'une seule fois, pour une même maladie, quel que soit le nombre des opérations auxquelles cette maladie aura donné lieu.

— Un médecin qu'on n'accusera pas de bassesse et d'asservissement à son Empereur, c'est à coup sûr le docteur russe *Sackharine*. Qu'on en juge plutôt par les traits suivants :

L'année dernière, le Tsar, souffrant de l'influenza, fit appeler Sackharine et lui offrit dans le palais d'Anichtkoff une chambre au troisième étage que le docteur refusa, déclarant qu'il avait l'habitude de loger au rez-de-chaussée et qu'il n'aimait pas à changer ses habitudes.

Il refusa à la Tsarine de se mettre à table avec la famille impériale, sous prétexte qu'il ne mangeait pas avec les femmes.

Un jour, la Tsarine, croyant que le mal dont le Tsar souffrait empirait, pria Sackharine de vérifier si la température du malade ne s'était pas accrue.

Le docteur envoya à sa place son assistant, qui ne trouva dans l'état du Tsar aucun changement.

— Vous voyez bien que ce n'était pas la peine de me déranger, dit-il à l'Impératrice.

A Anichtkoff, dans la matinée, le docteur circulait, vêtu d'une grande robe de chambre, ayant aux pieds de gros chaussons de paysan, et personne n'y trouvait à redire. Le Dr *Sackharine* est en même temps d'une générosité peu commune.

Il soigne gratuitement les pauvres, mais fait payer très cher ses clients riches. Il abandonne son traitement de professeur à la Faculté de médecine de Moscou aux étudiants sans ressources.

— *La strychnine contre l'empoisonnement par les champignons.* — D'après la *Médecine moderne*, M. Konigsdorfer a obtenu des résultats merveilleux par les injections sous-cutanées de strychnine (0gr.001) dans le traitement des personnes empoisonnées par les champignons.

Le rétablissement était parfois instantané « comme par enchantement ». La dose totale de strychnine injectée a été de 0 gr. 012. (*Revue scientifique.*)

— *Les empoisonnements par les langoustes.* — Il n'est bruit depuis quelque temps dans les journaux politiques que d'empoisonnements par les langoustes et les homards. Ces crustacés, dont la chair est si savoureuse, se nourrissent en effet de cadavres et de débris en putréfaction qui leur donnent une odeur forte. Ce sont certainement des langoustes de ce genre, c'est-à-dire empoisonnées par les toxines des cadavres en putréfaction qu'elles ont dévorés, qui ont produit les récents accidents.

Les recherches entreprises au laboratoire municipal, à Paris, font supposer que les intoxications occasionnées par les langoustes sont dues à des causes diverses : 1° A ce que, souvent, les langoustes sont vendues mortes ; 2° A ce que, souvent les langoustes expédiées cuites des ports peuvent contenir des ptomaïnes provenant de la nourriture qui leur est donnée dans les bassins où elles sont entreposées ; 3° Enfin, et c'est le cas qui paraît le plus probable, à ce que les langoustes cuites sont gardées dans la glace provenant des étangs de Paris. Ces glaces sont impures ; elles renferment donc des germes de putréfaction, lesquels se développent dans la langouste qui devient ainsi un excellent champ de culture ; les personnes, qui achètent les langoustes toutes cuites, ne sauraient donc être trop prévenues des dangers qui les menacent, si elles n'ont pas la précaution de rendre inoffensives les langoustes achetées, en les soumettant de nouveau à l'ébullition.

— *Congrès français de médecine interne.* 1re session, *Lyon*, 1894. — Le Congrès aura lieu du 25 au 29 octobre.

M. le professeur POTAIN a accepté de présider la première séance et de prononcer le discours d'ouverture du Congrès.

Deux rapports seront présentés au Congrès sur chacune des trois questions mises en discussion :

Etiologie et pathogénie du diabète. — Rapporteurs : M. le Dr LANCEREAUX, de Paris, et M. le professeur LÉPINE, de Lyon.

De la valeur clinique du chimisme stomacal. — Rapporteurs : MM. les professeurs HAYEM, de Paris, et BOURGET, de Lausanne.

Des aphasies. — Rapporteurs : MM. les professeurs BERNHEIM, de Nancy, et PITRES, de Bordeaux.

Le titre des communications doit être adressé à M. le docteur L. BARD, secrétaire général, rue de la République, 30, avant le 10 octobre. Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. le docteur LANNOIS, trésorier, rue Saint-Dominique, 14.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur FAURE, de Vienne (Isère), membre du Concours Médical.

Tel est le titre d'un opuscule suggestif, s'il s'en fût oncques.

Il est étrange que dans le mouvement scientifique contemporain qui, dans sa course vertigineuse, bouleverse les notions acquises, au point que l'art de guérir tend de plus en plus à se rapprocher des sciences dites positives, la profession médicale soit restée immuable, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, comme il y a un siècle, le médecin praticien, en France, en est encore à chercher sa voie, et est obligé de renoncer à l'exercice d'une profession, insuffisante pour faire vivre ceux qui s'y adonnent exclusivement.

Avec une indépendance de caractère de plus en plus rare de nos jours, l'auteur signale à l'indignation du public médical, le rôle indigne qu'une société égoïste, ignorante et imbue des préjugés d'un autre âge, assigne au médecin, en exigeant de lui des services de chaque instant et un dévouement à toute épreuve, en échange d'un salaire que le plus modeste ouvrier rougirait d'accepter.

Pendant que toutes les questions de la médecine ont le don de passionner le public médical, et que chacun, du haut en bas de l'échelle, contribue à élucider les problèmes qui s'y rattachent, une seule est laissée de côté, négligée systématiquement, et méprisée par les pontifes de la profession.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 41 13 Octobre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

OUVERTURE DE LA SOUSCRIPTION DU CORPS MÉDICAL en faveur des enfants du Dr Lafitte.

L'ouverture de la souscription, proposée par l'un de ses membres, le 25 août, à l'*Association de la presse médicale Française*, a été réglée et organisée, le 5 octobre, dans une nombreuse réunion de l'Association. Une commission spéciale a été nommée, pour que l'œuvre de réparation, qui est dans l'esprit des donateurs, soit scrupuleusement observée. Elle se compose de MM. Laborde, Gilles de la Tourette, Meugy et des Syndics de la presse médicale. Elle constitue un conseil de famille, qui ne se contentera pas de délivrer une somme à des infortunés ; elle réglera l'emploi des ressources, dont elle conservera l'administration et s'efforcera de réparer moralement et matériellement le résultat d'un désastre immérité.

Une généreuse ardeur de réparation se manifeste de tous côtés. C'est à qui témoignera de sa commisération par des actes, après les paroles. En août et septembre nous avons déjà reçu des souscriptions des *membres du Concours* ; — nous les avons priés d'attendre, pour que l'effort puisse se faire avec ensemble, sous l'impulsion de l'*Association de la presse médicale*, organe autorisé de l'ensemble des médecins, dans les manifestations générales.

Le premier Syndicat qui ait voté une subvention est celui de Versailles ; la première Société locale, celle de l'Oise ; viennent ensuite les Sociétés médicales des XVe et XVIe arrondissements, le Syndicat de la Seine, la Société du Xe, etc...

Après la constitution de la Commission, l'Association de la presse a voté une somme de **mille francs**.

Elle a décidé que chaque journal ferait appel à ses lecteurs, et ouvrirait une souscription dans ses colonnes.

Les produits devront être versés, par chaque journal, à la Commission de l'Association de la presse, à l'adresse du Secrétaire général, Dr Marcel Baudouin, 14, boulevard St-Germain, Paris.

C'est également à cette adresse que toutes les Associations, Sociétés médicales, scientifiques ou professionnelles, Syndicats, pourront envoyer les sommes votées ou recueillies.

Nous estimons que les circonstances malheureuses qui motivent la souscription en faveur d'une nombreuse famille médicale, injustement réduite à la misère, permettent de demander à toutes les Sociétés médicales et à tous les médecins, l'offrande la plus élevée que comporte leur situation. Nous espérons que, pour ne nommer que les plus puissantes et les plus riches, l'*Association générale* et l'*Association de la Seine*, il leur appartient, quoique le malheureux Dr Lafitte ne fût pas au nombre de leurs membres, de retenir une phrase du Président de l'Association, M. *Lannelongue* :

« *L'Association vient en aide à tous ceux que le sort accable, sans qu'ils l'aient mérité.* »

Le Président de l'Association, M. Lannelongue, et celui de l'Association de la Seine, M. Brouardel, penseront qu'en présence de la redoutable situation du Dr Lafitte, dans laquelle tout médecin est exposé à se trouver, ils peuvent venir en aide à sa famille dans une mesure digne de leurs Sociétés.

Dès aujourd'hui, la souscription est ouverte dans les colonnes du *Concours médical*. Le *Conseil de Direction* a voté la somme de **cinq cents francs** qui ont été remis sur le champ, afin de pourvoir aux besoins les plus pressants, le trésorier du Syndicat de la Seine ayant été empêché de répondre, pour le moment, à la demande qui lui a été faite.

A. Cézilly.

Recours en grâce.

Il est en bonne voie. Le Président de l'Association de la presse et M. de Ranse rentreront à Paris le 12, et les Syndics seront reçus par le Président de la République et par le Garde des Sceaux. — On ne saurait trop remercier la presse de toute opinion, qui, sans aucune sollicitation du corps médical, s'est unanimement émue du sort déplorable du Dr Lafitte, et a joint ses ardentes invocations à celles qui sont adressées, par les innombrables pétitionnaires, au Président de la République, pour qu'il use sans réserve, et sans retard, du droit de grâce qui lui appartient.

Si nous ne savions combien notre infortuné confrère joue de malheur, nous ajouterions, au risque de faire naître de fausses espérances, qu'on nous a assuré, de bonne source, le 5 octobre, que l'impression de la chancellerie est *favorable à la grâce exceptionnelle*, c'est-à-dire sans qu'on impose un certain délai. La demande en grâce s'instruit régulièrement et après l'accomplissement de ces formalités, qui, pense-t-on, ne seront pas longues (avis des magistrats, rapport du directeur, etc. ..), le dossier sera transmis au Président de la République. qu'on suppose favorablement disposé.

A. C.

ASSOCIATION DE L'OISE

Extrait de la séance du 30 septembre

Présidence du Dr Gézilly.

« Il est encore une misère imméritée que je veux vous signaler. Vous connaissez tous l'affaire *Lafitte*. Je la résume pour vous, en quelques mots ; elle a son éloquence douloureuse ! Une pauvre domestique est accusée, par lettre anonyme, de trois avortements antérieurs et d'un dernier, de la veille. On l'arrête ; elle nie, puis elle avoue, puis elle incrimine le médecin qui l'a soignée d'une métrite. Celui-ci, interrogé, répond simplement, qu'il n'a fait que le traitement de la maladie constatée. On le renvoie à ses affaires ; cinq mois après, on l'arrête et trois jours après la Cour d'assises le condamne. Et c'est tout ! il n'y a pas de corps du délit ; pas d'autres preuves que l'accusation d'une fille, qui a pu, par ses avortements antérieurs, connaître ce qu'elle raconte : le malheureux a été relâché et c'est là le grand malheur, car en cinq mois, il aurait crié à l'aide ! et on l'aurait sûrement sauvé, cette innocente victime d'une série funeste de fatalités.

Eh bien, qu'on le gracie ou non, la situation est la même. C'est la misère imméritée pour un médecin au passé irréprochable, pour sa nombreuse famille. Ecoutez sa touchante lamentation. Il m'écrit du fond de sa prison. « J'ai perdu ma femme, et j'en suis presqu'heureux, puisqu'elle n'est pas là pour être le temoin et la victime du malheur qui me frappe, de l'ignominie qu'on m'inflige, à moi, innocent. Je voudrais être mort sur mes anciens champs de bataille ! Bien mieux aurait valu ! et je ne parle pas pour moi ; c'est surtout aux miens que je pense, à mes pauvres enfants : ces deux jumelles de 12 ans, à ces deux garçons de 15 et de 16; à cette grande et belle fillette de 17 ans, que je me faisais fête d'avoir auprès de moi, dans quelques jours, et d'établir reine et ornement de ma petite maison ! Beaux rêves où êtes-vous .... etc. »

En entendant ces lamentations d'un malheureux innocent, je veux vous rappeler une phrase du discours de M. le *Président Lannelongue* qui a signé un des premiers, le recours en grâce du Dr Lafitte, que nous avons déposé hier, revêtu de milliers de signatures, à la Présidence et au Ministère de la justice.

« Comme par le passé, nous saurons rester ce que nous sommes, une Société d'assistance et de bienfaisance pour les imprévoyants et pour *ceux que le sort accable, sans qu'ils l'aient mérité*, au nom de ces deux mobiles qui nous unissent étroitement : la solidarité sociale et la confraternité. »

Chers confrères, M. Lafitte est de ceux que le sort accable sans qu'il l'ait mérité ; je vous demanderai, tout à l'heure, si dans la prévision d'une souscription, quoiqu'il ne fît partie ni de l'Association, ni des Syndicats, vous ne trouveriez pas convenable, confraternel, de prendre sous votre protection ces cinq enfants, cette mère de 76 ans. Ce sont plus que des orphelins, ce sont les innocentes victimes d'une erreur judiciaire qui est tous les jours une menace pour l'un de nous. Nous devons résister à ce sort funeste et atténuer ses coups. Il me semble que nous devrions, dans cette douloureuse circonstance, affirmer que tout médecin dans le malheur relève de notre association et que nous devons, puisque nous le pouvons, venir à son aide.

J'omets de vous dire que, comme président de votre Association, j'ai pris sur moi de signer, en votre nom, le recours en grâce, assuré par avance que, tous, vous m'approuveriez. (*Assentiment unanime.*)

« *Après discussion, l'Association de l'Oise décide la souscription la plus élevée que permet l'état de ses finances. Elle vote six cents francs.* »

Extrait de la séance du Syndicat de Versailles du 19 septembre.

Présidence du Dr Jeanne (de Meulan).

« *Prévoyant le cas où un appel serait fait aux médecins pour subvenir aux besoins de la nombreuse famille du condamné, le Syndicat vote une somme de cent francs, en dehors des dons particuliers qui pourraient être faits par chacun de ses membres.* »

LA SEMAINE MÉDICALE

Les applications périphériques d'alcaloïdes dans les maladies éruptives aiguës.

MM. *Guinard* et *Gley* ont présenté récemment une note à l'Académie des sciences, au sujet d'une curieuse application des badigeonnages cutanés contre les fièvres éruptives. Ces messieurs ont eu l'idée de badigeonner la peau avec des solutions d'alcaloïdes (cocaïne, solanine, elléboréine, spartéine) et ont observé des actions périphériques fort intéressantes sur la température centrale et même sur les fièvres éruptives, comme la rougeole, la variole, l'érysipèle.

Dans ces dernières maladies, les actions sédatives des badigeonnages périphériques ont été extrêmement nettes. C'est avec les badigeon-

nages de spartéine que les effets ont été le plus incontestables :

On constate des baisses de température de 3°, 4° et même 5° ; de plus, la courbe générale est entièrement modifiée, parfois ramenée immédiatement à la normale, présentant, dans d'autres cas, des oscillations inattendues, mais toujours évidemment plus courtes que normalement. C'est en particulier dans la rougeole, la scarlatine, l'érythème noueux, l'eczéma avec fièvre, l'*érysipèle* surtout et la variole que la méthode a des avantages.

Dans la variole, nous croyons que les badigeonnages périphériques de spartéine auront une utilité réelle et pourront rendre moins sombre le pronostic de la maladie, soit au point de vue de sa terminaison, soit au point de vue de ses suites.

Les inconvénients du régime lacté chez les albuminuriques goutteux.

M. le Dr *de Grandmaison* fait observer que le régime lacté n'est pas également applicable à tous les albuminuriques. On est tombé dans l'erreur par l'exagération à laquelle on s'est laissé aller, et on a trop oublié, pour le régime lacté comme pour d'autres traitements, qu'en médecine, il ne peut y avoir de formule unique applicable indistinctement à tous les cas. Il est pourtant des cas où le lait, loin d'amener une amélioration dans la santé des albuminuriques, ne fait qu'aggraver leur état de souffrance ; la chose est particulièrement vraie quand les malades sont des goutteux.

Quel est, en effet, le but qu'on se propose en instituant le régime lacté ? C'est de donner à l'économie un aliment complet, théoriquement suffisant à son entretien, mais fournissant d'un autre côté des déchets alimentaires qui, en s'éliminant par le filtre rénal, n'aient pas d'action nocive sur le glomérule et les tubes urinifères.

Mais est-ce bien raisonner que d'appliquer cette thérapeutique à l'albuminurie des goutteux ?

Non, car plusieurs observations montrent qu'au contraire les goutteux, ayant à se fatiguer et à vaquer à leurs affaires, se portent mieux quand ils reprennent l'alimentation usuelle. En effet, si le lait — aliment complet — permet au néphrétique pur de se nourrir suffisamment, tout en écartant pour un temps donné les accidents imminents d'urémie, cette alimentation devient insuffisante chez le goutteux, d'autant plus qu'elle ne s'oppose pas à l'élimination de l'acide urique par le rein et par suite à l'altération irritative du glomérule.

Chez le goutteux, les médicaments toniques, comme le fer, relèveront les forces des malades en améliorant l'état des globules sanguins ; les médicaments modificateurs de la tension vasculaire pourront être utilisés, telle la strychnine, que prescrit volontiers M. Talamon ; enfin il sera quelquefois bon de prescrire des substances agissant directement sur la filtration urinaire, comme le lactate de strontium. Chez les goutteux albuminuriques, il faut surtout ne pas négliger la goutte, cause première des accidents urinaires ; par un traitement approprié, en s'opposant à l'accès de goutte, on s'opposera à l'uricémie et, par suite, au passage de l'acide urique à travers le glomérule.

Quand on redoute une poussée aiguë d'urémie chez un albuminurique goutteux, il faut donner le lait comme médicament et non comme aliment, c'est-à-dire d'une manière provisoire, et le cesser dès que les accidents sont conjurés.

PATHOLOGIE INTERNE

Artérite syphilitique médullaire.

La pathologie de la syphilis médullaire a, depuis quelques années, été l'objet d'importants travaux, qui tous ont eu pour but de mettre en évidence une lésion laissée jusqu'ici dans l'ombre, ou considérée comme secondaire, nous voulons parler des désordres vasculaires. Lorsque l'on parcourt l'histoire des localisations médullaires de la vérole, on voit qu'il n'est pas un élément constituant de la moelle, qui n'ait été incriminé pour expliquer la venue des accidents et, par ordre chronologique, ce sont successivement les os, le périoste, la dure-mère et la pie-mère avec ses prolongements intra-spinaux. La leptoméningite diffuse absorba même pendant de longues années toute l'attention (Gilbert et Lion, Lamy). Elle était loin cependant de pouvoir rendre compte de toutes les formes cliniques observées, et, en particulier, de certaines paraplégies à début brusque, subit, à évolution rapide et incurable.

Il faut arriver aux mémoires de Rumpf, Schmauss et surtout à la remarquable clinique de notre maître M. Lancereaux sur l'artérite syphilitique, pour faire admettre une similitude absolue de réaction vis-à-vis du virus syphilitique entre la moelle et le cerveau. A la paraplégie subite par destruction médullaire correspond l'hémiplégie par ramollissement cérébral, toutes deux engendrées par des lésions artérielles. Les conclusions tirées par M. Lancereaux de son étude furent adoptées et défendues par MM. Déjerine et Sottas (1893), dont on ne saurait trop louer la remarquable thèse. Dans deux cas de paraplégie syphilitique précoce, terminés en quelques mois par la mort, nous avons nettement retrouvé la nécrose médullaire, conditionnée par des lésions vasculaires artérielles et veineuses. L'artérite syphilitique soulève un grave problème de pronostic, et par suite, constitue une des grosses questions de la pratique médicale, puisque le diagnostic « artérite » porté entraîne l'idée d'une nécrose médullaire irrémédiable. Le traitement ioduré et mercuriel atténue les altérations méningées, il ne peut empêcher les conséquences d'une oblitération artérielle. Il est donc de la plus haute importance de bien connaître cette variété de paraplégie.

Son évolution peut être ainsi décrite. Chez un syphilitique, dont l'infection remonte à quelques mois, deux ans au plus, survient brutalement, sans prodromes, ou précédée par quelques symptômes comme une rachialgie nocturne, une rétention d'urine, une constipation opiniâtre, des fourmillements des membres inférieurs, une impotence absolue des jambes. La paralysie est totale, flasque, et s'accompagne de rétention ou d'incontinence d'urine et des matières fécales, d'anesthésie.

Cette attaque de paralysie peut se dissiper pour revenir à plusieurs reprises : ce sont là des méiopragies, analogues à la claudication intermittente, des syncopes médullaires, dues à l'irrigation artérielle de plus en plus imparfaite de la moelle. L'intensité de la paraplégie varie avec l'étendue du territoire médullaire détruit : aussi quelques malades conservent-ils quelques mouvements dans les orteils, dans les muscles de la jambe. L'intensité inégale des désordres (paralysie, atrophie) dans les membres résulte de l'inégalité de la lésion des cornes antérieures de la moelle. — Cette première phase paralytique flasque dure quelques semaines, puis est remplacée par l'exagération des réflexes, la contracture, les phénomènes de l'épilepsie spinale, et l'atrophie des masses musculaires. En même temps se développent fréquemment des eschares sacrées, qui, avec la purulence des urines, amènent rapidement la mort du malade.

Toutefois, il est bon de noter que la paraplégie peut rester, pour ainsi dire, indéfiniment à la période d'atrophie et de contracture (paraplégie spasmodique). Les lésions artérielles ne restent pas cantonnées aux cornes antérieures, elles frappent aussi les cornes postérieures, expliquant ainsi que la sensibilité soit profondément modifiée ou supprimée dans tous ses modes, dissociée, pervertie ou exaltée. Il n'est pas rare d'observer la dissociation syringo-myélique, le syndrome de Brown-Sequard, l'hémi-paraplégie avec hémi-anesthésie croisée. — Les troubles des sphincters persistent le plus souvent, mais atténués. — La mort est le résultat d'une septicémie consécutive aux eschares sacrées, d'une pyélo-néphrite suppurée secondaire à un cathétérisme infectant ou d'une généralisation des lésions syphilitiques artérielles au bulbe, à l'encéphale. Le mode de terminaison par la guérison complète est dans l'espèce impossible à concevoir : la nécrose médullaire est incurable et laisse les malades porteurs d'une paraplégie flasque ou spasmodique qui, suivant son degré, les oblige à rester cantonnés au lit ou leur permet une démarche imparfaite. — Pour admettre une lésion artérielle syphilitique médullaire, avons-nous des arguments aussi probants que ceux sur lesquels repose l'existence de l'artérite syphilitique cérébrale ? La physiologie normale, la pathologie générale et l'anatomie pathologique vont nous les fournir. Panum, Cohn, Flourens et Vulpian injectant dans les vaisseaux spinaux de chiens des petites boulettes de cire noire, de la poudre de lycopode ou des grains de tabac produisent des paraplégies par oblitération des artères spinales avec ramollissement rouge hémorrhagique de la substance grise de la moelle dans les parties correspondantes.

Ce ramollissement médullaire d'origine ischémique est, comme celui du cerveau, dû à ce que les petits vaisseaux médullaires sont terminaux. Adamkiewicz et Duret ont, en effet, montré que les vaisseaux propres de la moelle, une fois détachés du réseau artériel pie-mérien formé des systèmes spinaux antérieurs et postéro-latéraux, n'avaient plus entre eux aucune communication, qu'ils étaient terminaux. La pathogénie des ramollissements cérébral et médullaire est donc, au point de vue physiologique, identique. L'altération vasculaire, arrivée à un certain degré, ne permet plus qu'une irrigation insuffisante, d'où les syncopes médullaires, et, lorsque la vascularisation est supprimée, survient la nécrose médullaire, le ramollissement. Ces recherches expérimentales sont absolument confirmées par le résultat de nécropsies. Dans les paraplégies à début brusque, à évolution rapide, on a, en effet, trouvé un ramollissement médullaire plus ou moins étendu co-existant avec des lésions vasculaires exclusives ou nettement prédominantes. Les altérations méningées sont réduites au minimum. L'évolution anatomique est ainsi représentée, d'abord par une altération vasculaire débutant par suite de l'affinité du virus syphilitique pour le système lymphatique, dans la gaine externe du vaisseau, et qui va du simple rétrécissement à l'oblitération, puis, par la mortification des éléments nerveux. Dans une troisième phase, les fibres nerveuses, séparées de leur centre trophique, cornes antérieures de la moelle et ganglions spinaux, dégénèrent et engendrent les scléroses ascendante et descendante. Ainsi s'expliquent toutes les réactions cliniques : au rétrécissement du champ circulatoire répondent la lourdeur des jambes, les fourmillements, l'impuissance, les troubles des réservoirs ; au ramollissement, la paraplégie flasque, l'atrophie inégale, les troubles sensitifs ; à la sclérose finale, l'exagération des réflexes, la contracture. La topographie si variable des désordres, leur localisation à des segments différents de l'axe médullaire modifient, non le fond, mais la physionomie de ces paraplégies syphilitiques.

Cet exposé des preuves cliniques, anatomiques et expérimentales, qui obligent à admettre l'artérite syphilitique comme fait primitif dans les paraplégies syphilitiques à début brutal, montre que le traitement, pour être efficace, doit être institué avec énergie aussitôt que chez un syphilitique récent apparaissent les moindres phénomènes médullaires. Alors, en effet, l'artère rétrécie ne fait que gêner le fonctionnement des éléments nerveux. Le traitement spécifique, en agissant sur l'infiltration syphilitique artérielle, fera disparaître tous les phénomènes prémonitoires de la paraplégie, tandis que, plus tard, lorsque le ramollissement ischémique sera produit, la thérapeutique, impuissante contre les désordres créés, ne pourra plus être instituée que pour prévenir de nouveaux désordres et s'opposer à l'extension des premières altérations.

Dr J. Thiroloix.

REVUE DES CONGRÈS

Le Congrès de Budapest.

Le VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie s'est tenu cette année du 1er au 9 septembre, dans la capitale de la Hongrie, à *Budapest*, c'est-à-dire dans un pays où les Français sont reçus encore mieux que dans leur propre patrie. L'amitié de la Hongrie pour la France est légendaire, et de fait, tous les Français qui reviennent de Hongrie sont enthousiasmés et pénétrés de reconnaissance. Saluons donc ici cette terre si hospitalière, où nous ne comptons que

des amis dévoués, avant de commencer le récit des triomphes que la France vient d'y remporter sur les autres nations.

Les communications ont été fort nombreuses à Budapest et ce sont celles des Français, en particulier, de l'Institut Pasteur, qui ont été l'objet des plus unanimes approbations.

Nous les placerons donc toujours en tête de nos comptes rendus, qui seront divisés suivant les différentes branches des sciences médicales, et non pas suivant les sections (ce qui, croyons-nous, serait moins clair).

1° *La diphthérie*. 2° *Le choléra*. 3° *Le cancer*. 4° *La lèpre*. 5° *Les amibes et psorozoaires dans les maladies*. 6° *L'immunité microbienne*. 7° *L'hygiène des travailleurs, des villes, des écoles, des armées*. 8° *La statistique et la mortalité*. 9° *Les secours aux blessés*. 10° *L'hydrothérapie*.

I

LA DIPHTHÉRIE.

Les différentes nations représentées au Congrès, France, Allemagne, Angleterre, Hongrie, Suède, Amérique, Suisse, Bavière, ont eu de savants interprètes pour rendre compte des travaux entrepris en vue de dompter le terrible fléau. Tous ont insisté sur la nécessité absolue de pratiquer l'examen bactériologique des angines à fausses membranes pour assurer le diagnostic et le traitement, étant donné le nombre considérable des pseudo-diphthéries. Les Américains surtout sont très pratiques à ce point de vue : le système adopté par le département de New-York rend le diagnostic bactériologique de la maladie facile pour tous les médecins de l'Etat. L'examen bactériologique et les cultures sont pratiqués à l'Institut sur envoi de tubes d'inoculations par le médecin.

On a adopté comme règle qu'aucune personne ayant souffert de la diphthérie ne doit être considérée comme indemne de toute contagion jusqu'à ce que l'examen bactériologique fait après la disparition des membranes ne montre plus de bacilles diphthériques ; jusqu'alors tous cas dans les hôtels et maisons garnies sont maintenus en observation.

Un fait très important, confirmé aussi par tous les rapporteurs, est que la contagiosité de la diphthérie se prolonge longtemps après la disparition des membranes ; en moyenne, les bacilles de Loeffler persistent dans la gorge après la guérison apparente, pendant 3 semaines.

Enfin, il serait nécessaire de répandre, dans tous les milieux, les notions capitales suivantes :

Pour être traitée avec succès, la diphthérie doit être reconnue dès son début. Ce début est souvent insidieux, il échapperait moins souvent si la gorge des enfants était fréquemment examinée. Il appartient aux mères de famille de pratiquer journellement cet examen et d'habituer, dès le bas âge, les enfants à s'y soumettre.

Le diagnostic précoce et certain de la diphthérie ne peut être établi que par l'emploi des méthodes bactériologiques ; on doit insister auprès des médecins pour qu'ils aient toujours recours à ces procédés.

Les effets du sérum antidiphthérique étant aujourd'hui suffisamment constatés, on doit recommander comme moyen prophylactique l'injection de ce sérum aux enfants d'une famille dans laquelle se produit un cas de diphthérie.

Comme complément à ces très intéressants résultats, M. le Dr *Roux*, de l'Institut Pasteur, est venu communiquer les brillants succès que lui a donnés sa nouvelle méthode de sérothérapie antidiphthérique. Nous avons déjà donné un aperçu de cette communication, qui a provoqué d'enthousiastes applaudissements et qui fait encore le sujet de toutes les conversations médicales.

M. Roux a commencé ses essais en 1892, avec l'aide de M. Martin : se fondant sur la découverte de Behring et de Kitasato, qui avaient remarqué les propriétés particulières du sérum des animaux immunisés contre la diphthérie.

Les résultats obtenus par M. Roux sont déjà fort beaux, puisqu'avec sa méthode, il a abaissé la mortalité de 50 à 26 %. Pour obtenir le sérum immunisateur, on opère de la façon suivante : on prépare la toxine diphthérique en cultivant le bacille diphthérique virulent dans du bouillon, au contact de l'air *humide*. On emploie des matras à fond plat, dans lesquels on met une petite quantité de bouillon alcalin peptonisé à 2 %, et qu'on maintient à l'étuve, à la température de 37°. On fait passer, au moyen d'un aspirateur (trompe à eau), un courant d'air humide qu'on obtient en faisant barboter l'air dans un flacon laveur.

Au bout d'un mois environ, la culture est assez riche en toxines pour être utilisée.

On filtre sur une bougie Chamberland le liquide provenant des cultures et le produit limpide obtenu est conservé dans des flacons bien remplis, bouchés et maintenus à l'abri de la lumière.

En général, 1/10 de centimètre cube de ce liquide suffit pour tuer en 48 heures un cobaye de 500 grammes environ.

On additionne la toxine diphthérique de 1/3 de son volume de liqueur de Gram, au moment de l'employer.

La liqueur de Gram est ainsi composée :

Iode métallique...........	1 gr.
Iodure de potassium......	2 gr.
Eau distillée stérilisée.....	300 gr.

Un lapin de taille moyenne peut supporter 1/2 centimètre cube de ce liquide.

Au bout de quelques jours, on renouvelle l'injection pendant quelques semaines. Puis, on augmente les doses de toxine iodée ou bien on diminue les proportions d'iode. Finalement, on injecte la toxine pure.

Pour éviter les insuccès, il est indiqué de peser fréquemment les animaux et de s'arrêter dès qu'on voit une diminution de leur poids se manifester.

Mais de tous les animaux susceptibles de fournir de grandes quantités de sérum antidiphthérique, le cheval a donné les meilleurs résultats.

Pour immuniser les chevaux, on injecte sous la peau de l'encolure des doses de plus en plus fortes de toxine.

Au bout de 87 jours, M. Roux est arrivé à introduire dans la jugulaire d'un cheval 200 centimètres cubes de toxine diphthérique, sans que l'animal ait été incommodé.

Le sérum recueilli a un pouvoir préventif supérieur à 50.000 ; c'est-à-dire qu'un cobaye de 500 grammes résiste à l'inoculation de 1/2

centimètre cube de culture très virulente, si on lui a préalablement injecté (en 12 ou 24 h.) une quantité de sérum égale à la 50.000e partie de ce poids.

Pour les vaches en lactation, bien immunisées, le lait, quoique moins actif que le sérum, peut être très utile comme préventif.

Le sérum provenant des chevaux se conserve très bien sans altérations, dans des flacons stérilisés bien remplis, en y ajoutant un morceau de camphre fondu. Le sérum peut être desséché dans le vide et redissous au moment du besoin dans un peu d'eau stérilisée.

La toxine diphthérique additionnée *in vitro* du sérum d'un animal immunisé contre la diphthérie devient inoffensive.

Un cobaye auquel on injecte du sérum antidiphthérique, puis une quantité de toxine suffisante pour le tuer, ne succombe pas.

On peut aussi injecter d'abord la toxine et plusieurs heures après le sérum, l'animal ne meurt pas.

Les expériences faites sur les enfants ont duré du 1er février au 24 juillet 1894.

Pendant les années 1890, 1891, 1892, 1893, 3,971 enfants sont entrés à l'hôpital des Enfants malades, au pavillon de la diphthérie ; ils ont fourni 2,029 décès, soit un moyenne de 51 71 %.

Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué ; 448 enfants entrés au pavillon, il y a eu 109 décès, soit 24.25 %.

Toutes les conditions étant restées les mêmes, la différence entre 51.71 % et 24.25 % montre le bénéfice procuré par le traitement.

Le sérum a été fourni par des chevaux immunisés, comme on l'a indiqué plus haut ; son activité était comprise entre 50,000 et 100,000, c'est-à-dire qu'un cobaye qui en reçoit 1/50,000e de son poids supporte douze heures après une dose de virus ou de toxine capable de tuer en moins de trente heures des cobayes témoins.

L'injection est faite dans le tissu sous-cutané, elle n'est pas douloureuse ; dans la majorité des cas, il n'y a eu aucune réaction locale. Le lieu d'élection pour la piqûre est la peau du flanc.

On injecte d'abord 20 centimètres cubes de sérum ; vingt-quatre heures après, on fait une nouvelle injection de 20 ou 10 centimètres cubes.

Le pouls et la température servent seuls de guide. Si celle-ci se maintient élevée, on injecte encore 20 ou 10 centimètres cubes.

Le poids moyen des enfants traités est de 14 kilogrammes, de sorte que, dès la première injection, ils recevaient un peu plus du millième de leur poids de sérum.

La quantité minima de sérum injecté a été de 20 cent. cubes et la quantité maxima 125 cent. cubes.

Pendant la convalescence, quelques jours après l'injection du sérum, il survient des éruptions mal définies, le plus souvent semblables à de l'urticaire. Ces éruptions ne s'accompagnent d'aucune fièvre, elles sont dues au sérum.

Les modifications observées chez l'enfant et attribuables au sérum antidiphthérique sont les suivantes :

L'état général des enfants traités par le sérum s'améliore très vite, à moins qu'ils ne soient venus à une époque trop avancée de leur affection. L'appétit revient vite et l'amaigrissement est peu prononcé.

Fausses membranes : Les fausses membranes cessent d'augmenter dans les vingt-quatre heures qui suivent la première injection ; elles se détachent, en général, après trente-six ou quarante-huit heures.

Ganglions : Les ganglions cervicaux sont toujours engorgés, mais le tissu cellulaire n'est jamais empâté autour d'eux.

Température : La température s'abaisse promptement sous l'action du sérum. La chute se produit dès le lendemain de la première injection. La défervescence est brusque. Tant que la courbe de la température n'est pas au-dessous de 38°, on ne peut pas considérer la guérison comme complète ; il est prudent de la précipiter par des injections supplémentaires.

Pouls : Le sérum agit plus tardivement que sur la température.

Albuminurie : Le sérum empêche l'action de la toxine sur les reins et diminue considérablement l'albuminurie.

En présence d'un enfant qui a du tirage, il ne faut pas se presser d'opérer, il faut injecter du sérum et attendre autant que possible.

Pour venir en aide au sérum, le traitement local doit être le suivant :

S'abstenir de badigeonnages avec des substances toxiques ou caustiques ; — faire deux ou trois lavages par jour avec de l'eau boriquée ou mieux avec de l'eau additionnée de 50 grammes de liqueur de Labarraque par litre ; ni sublimé, ni acide phénique.

On pourrait d'ailleurs obtenir de meilleurs résultats, en plaçant dans des chambres d'isolement les bronchopneumonies, les croups opérés et les croups non opérés.

II

LE CHOLÉRA.

Les communications étrangères ont encore été toutes éclipsées par celle de M. *Metchnikoff* de l'Institut Pasteur. On a longuement discuté la spécificité du bacille de Koch et l'origine hydrique du choléra. Toutefois l'immense progrès réalisé a été le suivant : Le choléra est engendré par un germe (le bacille de Koch) qui n'est nuisible et ne produit la maladie qu'autant qu'il est associé à telle ou telle variété de microbes ou de levûres intestinales. C'est à la présence ou à l'absence de cette flore intestinale spéciale que l'on doit attribuer la prédisposition ou la résistance de tels ou tels individus au choléra : témoins certains faits, en apparence incompréhensibles, de non réceptivité chez les habitants de certains pays (Versailles, par exemple). En résumé :

La gravité d'une épidémie de choléra tient à deux causes :

a) Les microbes associés (*sarcines torula*, bacille de l'acide lactique) existant dans le tube digestif de certains individus (Metchnikoff). Si ces microbes n'existent pas, le bacille cholérique peut rester inoffensif ;

b) La virulence du bacille cholérique lui-même variable suivant les épidémies : témoin l'épidémie récente du Portugal. Il s'agissait néanmoins du bacille cholérique, mais atténué (Chantemesse et Gruber).

De plus, l'eau parait être le vecteur le plus ordinaire du microbe.

III

LE CANCER.

La théorie parasitaire du cancer n'est nullement prouvée, ainsi qu'il résulte de la savante communication de MM. *Duplay* et *Cazin*. Il existe des faits de contagion apparente; mais combien de faits contradictoires. Quoiqu'il en coûte d'abandonner les modernes hypothèses sur le cancer, on est bien forcé d'avouer que l'on n'a pas fait grand progrès sur ce sujet.

Les prétendues coccidies ou protozoaires sont, comme le fait remarquer M. *Louis Török*, de Budapest, de simples transformations cellulaires.

L'épithéliome contagieux est une affection contagieuse, mais les masses homogènes contenues dans les cellules épithéliales ne sont pas des porteurs de contagion. Les corpuscules contenus dans les cellules des couches plus profondes, et qu'on accuse d'être des spores, ne se développent pas ultérieurement pour former des individus distincts, mais elles forment une masse homogène qui remplit toute la cellule épithéliale. Cela parle plutôt en faveur de la dégénérescence. D'ailleurs, Kromayer, de Halle, a démontré que ce sont les fibres épithéliales qui produisent par leur dégénération ces pseudospores. Les petits globules, ainsi que les masses homogènes, montrent une résistance extrême contre les réagents chimiques, une résistance comme on la rencontre dans la substance colloïde. Une résistance analogue se rencontre seulement dans l'état enkysté des sporozoaires, qui n'est nullement comparable aux corps en question, puisque ces derniers sont toujours dépourvus d'une membrane propre.

Enfin on n'a jamais réussi à voir aucun signe de vie, des mouvements, la pullulation de ces corps, de sorte qu'on est forcé, pour le moment au moins, de les regarder comme des produits de la dégénération des cellules épineuses.

En ce qui concerne la *psorospermose de Darier* on voit des éléments fort analogues aux corps ronds dans d'autres affections de la peau et — quoique fort rarement — même dans la peau saine. Ces éléments sont produits par une kératinisation anormale.

La maladie de Paget. Les cellules à grand noyau hyperchromatique et à protoplasma clair sont des cellules épithéliales transformées en cellules cancéreuses. Elles contiennent souvent des figures karyonestatiques géantes et polypolaires.

Quand au *cancer*, les figures psorospermiformes du cancer ne sont pas autre chose que des noyaux, nucléoles, cellules épithéliales ou migratrices, des cellules rouges du sang, ou bien les produits de la dégénération des susdits éléments morphologiques.

IV

LA LÈPRE.

D'après l'opinion générale, la lèpre serait contagieuse, mais dans certaines conditions d'habitat intime.

Il faut encourager la séparation volontaire au cas de lèpre d'un conjoint; on devrait déconseiller aussi le mariage entre lépreux, mais :

1. Il est difficile de séparer les sexes dans les asiles, le désir sexuel augmente chez quelques lépreux. Aussi l'expérience des îles Havaï, de la Trinité, etc..., a montré le danger qui existe dans une communauté entre hommes de provoquer des rapports immoraux.

2. Les organes génitaux des lépreux ont des lésions spécifiques, soit qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes. C'est probablement la cause de la nymphomanie et du satyriasis. L'impuissance et la stérilité suivent souvent. Cette présence des bacilles dans les organes sexuels rend possible la contagion par le coït.

3. Les risques de contagion augmentent quand un lépreux se marie avec une personne saine.

4. L'avortement, l'accouchement prématuré et la naissance avant terme sont fréquents. La commission de la lèpre a noté que 60 à 70 pour 100 des couples lépreux restaient stériles ; le nombre d'enfants par mariage est inférieur à six.

5. Hérédité de la lèpre. Les cas de lèpre congénitale de Navarro à Bagota sont douteux et aucun autre cas n'a été rapporté.

Les cas de lèpre avec ascendants directs atteints de la maladie ne sont qu'au nombre de 5 pour 100 dans la province de Bombay.

On voit souvent des enfants lépreux issus de parents bien portants. Ce fait est confirmé par les recherches dans les orphelinats d'Almora et de la Trinité par les observations sur les émigrants norvégiens du nord Amérique, et par les recherches de la commission des Indes.

L'hérédité n'existe pas et la prédisposition héréditaire ne se montre probablement qu'à un faible degré. La lèpre semble avoir tendance à attaquer plusieurs membres de la même famille.

Les moyens prophylactiques consistent dans l'isolement des lépreux soit au moyen d'asiles, soit de colonies agricoles.

V

LES AMIBES DANS LES MALADIES.

La dysenterie et surtout l'impaludisme sont produits par des amibes, dont la description est due à M. *Celli*, de Rome, pour les amibes de la dysenterie, à M. *Laveran*, de Paris, pour l'hématozoaire du paludisme.

Tout le monde est d'accord sur la spécificité et surtout sur l'existence constante de ces protozoaires dans ces maladies.

(A suivre.)

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le cas du Dr Lafitte.

Nous continuons à enregistrer quelques extraits des nombreuses lettres qui nous parviennent sur cette malheureuse affaire.

Monsieur et cher Confrère,

Je m'empresse de vous apporter mon témoignage personnel en faveur d'un confrère, si iniquement frappé.

Je connais beaucoup le Dr Lafitte et je l'ai toujours considéré comme l'honneur même. Aussi ne pourrais-je trouver de termes assez forts pour

exprimer l'émotion que me cause l'épouvantable erreur judiciaire, dont il a été victime. J'étais déjà très lié avec lui avant la monstrueuse condamnation qui l'a atteint : après cette condamnation, je me fais gloire de me proclamer son ami. .

Dr S...

Très honoré Confrère,

C'est de grand cœur que je m'associe aux protestations du corps médical au sujet de la malheureuse affaire du Dr Lafitte. Si jamais la solidarité, la confraternité ont une occasion de se manifester, c'est bien dans ce cas, car un semblable précédent nous jetterait pieds et poings liés, *tous quelle que soit notre situation*, à la merci de la première intrigue venue.

Tout examen dans le cabinet du médecin deviendrait impossible ou dangereux, même en dehors de toute intervention.......

De cette triste affaire on peut tirer deux conclusions :

1° Nécessité absolue de reviser la loi et de soutenir les projets, qui ont pour but de réparer les erreurs judiciaires de fait ou de forme.

2° Nécessité non moins absolue de s'unir, non en paroles, mais en actes. Que feront toutes les associations de médecins *législateurs* ou autres devant une situation si grave ? — L'inaction serait une approbation tacite.

Dr D...

Mon cher Confrère,

Je vous envoie mon entière adhésion au recours en grâce pour notre infortuné confrère. Peut-être n'a-t-on pas assez fait ressortir le caractère vraiment exceptionnel d'une pareille condamnation, prononcée malgré l'avis unanime des seuls juges compétents, les experts. Peut-être aussi serait-il bon d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les conséquences que peut avoir un semblable verdict, sur le dévouement du corps médical envers les malheureuses qui viennent lui demander de réparer les désastres causés par des charlatans ou des criminels.

Si une vie entière d'honorabilité indiscutée ne peut pas prévaloir contre une dénonciation quelconque, où pourrons-nous puiser la force d'abnégation, dont nous avons si souvent besoin ?

Dr P...

Monsieur et honoré Confrère,

J'ai 60 ans, j'exerce la médecine depuis 39, je suis Chevalier de la Légion d'honneur depuis 31 ans — eh bien ! la navrante affaire du Dr Lafitte me paraît, pour l'avenir, si grosse de dangers que je suis bien décidé à ne plus entreprendre le traitement de la moindre affection utérine, sans le concours d'un collègue.

Dans ces conditions, nombre de femmes, à la campagne surtout, ne pourront se faire soigner, cela est bien clair. Mais il est non moins clair que la présence de témoins étrangers à la médecine (parents dont la présence nous avait paru jusqu'ici suffisante) ne constituerait qu'un danger de plus pour le médecin traitant.

Dr G...

Très honoré Confrère,

Je suis heureux de vous envoyer mon adhésion à la manifestation, si légitime, en faveur de notre malheureux confrère le Dr Lafitte. Tout médecin déjà avancé dans la carrière a eu maintes fois l'occasion de constater qu'il aurait suffi d'une haine dirigée contre lui pour que pareille chose lui arrivât.

Dr C....

Monsieur le Directeur,

Je ne puis résister au désir de vous adresser mes remerciements émus et sincères pour l'activité que vous mettez à défendre notre malheureux confrère.

Vous avez compris la solidarité médicale et nul n'a mis autant de courage à l'affirmer.

Quel est le médecin qui n'a jamais été en butte à la calomnie ? Avant de poursuivre un médecin, les juges devraient y regarder *à sept fois*.

Dr G...

Mon cher ami,

Voulez-vous faire parvenir à notre malheureux confrère l'expression de ma profonde sympathie.

Nous n'avons pas réussi, peut-être à cause de la campagne entreprise par la presse ces jours derniers : les inamoviblos de la Cour de cassation ne peuvent pas souffrir qu'on exerce une pression sur eux.

Que faire ? — Tâcher d'obtenir la grâce, mais cela même sera difficile, immédiatement du moins.

C'est horrible ! Pauvre malheureux homme !

Dr G...,

Monsieur le Directeur,

Il n'est pas possible de qualifier comme il le mérite l'arrêt qui a frappé le Dr Lafitte,....

Je ne puis taire ma crainte de voir quelques-uns d'entre nous, quoique aussi tristement impressionnés et aussi assoiffés de justice que nous-mêmes, obéir malgré cela à cette habitude de remettre au lendemain ce qu'il faudrait faire immédiatement.

A mon humble avis, il faudrait que pas un seul des membres du Corps médical ne restât indifférent à une pareille monstruosité, et pour obtenir ce résultat, il serait, je crois, nécessaire que tous les Syndicats se réunissent et rédigeassent en termes bien pesés, pour ne pas nuire à la grâce, une protestation que tous les membres signeraient.

Personne ne marchanderait sa signature et un pareil dossier ne pourrait qu'enlever la grâce et la réhabilitation. Ce serait pour le *condamné innocent* un précieux témoignage de notre vive et universelle sympathie.

Dr de la R....

Médecins, prenez garde à vous!

L'erreur judiciaire si évidente, dont l'honorable docteur Lafitte est victime, épouvante le corps médical.

Puisque la vieille Thémis ne peut revenir sur ses décisions, quand elle a condamné un innocent, sous toutes les *formes*, qu'allons-nous devenir ?

Nous étions habitués à être payés d'ingratitude ; nous n'en avions cure ; mais si une lettre anonyme peut lâcher à nos trousses les gendarmes et nous amener à la cour d'assises, la perspective n'est pas rassurante.

Quel est le praticien qui n'a pas mérité la prison, pour crimes semblables à celui qu'expie notre malheureux confrère ?

Quant à moi, j'ai été appelé, bien souvent, et la nuit et le jour, pour porter secours à des malheureuses femmes en danger de mort.

« Venez vite, Monsieur, c'est une fille, c'est une femme qui baigne dans son sang. Elle se sent partir ; de grâce vite, venez vite. »

Et presque toujours, dans ces cas, je me suis trouvé en face d'un avortement en train de se faire.

Que *l'accident* soit naturel ou provoqué, cela ne nous regarde pas. Nous avons des malades à soigner et non des prévenus à interroger.

Chacun, du reste, connaît le danger de pareilles situations. Il n'y a souvent pas de temps à perdre. Vite nous agissons, nous retirons un fœtus, un débris placentaire engagé dans le col, nous arrêtons l'hémorrhagie, nous sauvons la malade.

Et quand on nous reconduit, on ne manque pas de nous dire d'un ton suppliant :

« S'il vous plaît, Monsieur le docteur, que personne ne sache rien, n'est-ce pas ? »

Et nous nous taisons toujours, dépositaires quelquefois de secrets terribles.

L'honneur de tant de familles est entre nos mains.

A la gloire du corps médical, on peut affirmer que jamais, sous ce rapport délicat, il n'a manqué à son devoir.

Mais qu'une lettre anonyme s'en aille vers un magistrat, qu'un fœtus soit découvert quelque part, voilà le médecin appelé dans le cabinet du juge et traîné aux assises. Nous savons comment on en sort.

Eh ! bien ! en face du terrible exemple que nous avons sous les yeux, je ne me sens plus le courage d'affronter les haines et les jalousies dont on nous entoure. Et quand on viendra me dire : Monsieur, c'est une fille qui s'en va dans une perte, je me tiendrai coi près de mon feu.

Et l'humanité ?

Ah ! il y a longtemps qu'on tue les médecins avec ce grand mot. Et quand pour sauver un bébé du croup, le médecin meurt, l'humanité y gagne-t-elle ? Pour un enfant elle perd un homme de valeur. Et quand, pour soigner les vapeurs d'une vieille, nous nous relevons la nuit, voyageons sous les rafales et rentrons avec une pneumonie, l'humanité y gagne-t-elle ?

Vraiment, on croirait que nous ne faisons pas partie de l'humanité, nous médecins !

Eh bien ! oui, je veux bien me dévouer, être traité en bête de somme par la société, mourir, s'il le faut, pour lui être utile. Qu'elle me paie d'ingratitude, j'accepte et j'y suis habitué ; mais qu'à cela elle ajoute maintenant le déshonneur et la prison, je me révolte. Et vous viendrez me faire des reproches, si je ne me dérange plus pour une fille qui s'est exposée, quand, pour lui rendre la santé, je risque les assises et la mort en prison ?

Ah ! il est beau votre progrès et votre code aussi !

Allons !.... ne venez plus nous dire d'aller éponger les catarrhes utérins, le pus et le sang de vos femmes et de vos filles.

A ce métier-là, nous risquons trop, et c'est assez qu'un de nous paie, par trois ans de réclusion, de pareils soins donnés.

Ne nous illusionnons pas : au fond de tout cela se trouve l'ingratitude sauvage et haineuse de l'obligé qui ne veut pas payer son médecin, on lui garde rancune pour quelques pièces de monnaie exigées. Il y a aussi un peu de cette rivalité que nous avons comme étudiants et que nous retrouvons dans la vie : la magistrature n'aime pas les médecins.

Médecins, mes frères, prenons garde à nous !

Dr P.

Assistance médicale gratuite.

Nous avons publié récemment le règlement adopté par le Département du Loiret, nous donnons aujourd'hui le règlement adopté par le Département de la Savoie.

Le système est absolument différent.

Règlement du service de l'Assistance médicale dans le Département de la Savoie.

Article premier. — En exécution de l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, un service d'assistance médicale gratuite est organisé dans le département de la Savoie.

Ce service, qui a pour but de faire donner gratuitement soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier, aux personnes privées de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, est obligatoire pour toutes les communes du département, sauf celles autorisées par décision de M. le Ministre de l'Intérieur à avoir une organisation spéciale.

Il se divise en deux parties :

1° Assistance médicale et pharmaceutique à domicile ;

2° Secours hospitaliers.

En règle générale, les malades seront traités à domicile ; mais lorsqu'il sera impossible de les y soigner utilement, ils seront envoyés à l'hôpital de la circonscription à laquelle est rattachée la commune de leur résidence.

Le service d'assistance médicale gratuite est indépendant de celui des incurables et infirmes indigents.

Art. 2.— Les dépenses du service de l'assistance médicale comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux ;

4° Les frais d'impression.

Art. 3. — Les crédits nécessaires pour assurer le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite sont inscrits au budget départemental.

Sont rattachés, en recettes, au même budget, au compte des produits éventuels, et sur les bases prescrites par la loi ;

1° Les fonds de concours des communes et des bureaux d'assistance ;

2° La subvention de l'Etat ;

3° Les recouvrements effectués sur les départements, sociétés, corporations, etc., tenus à l'assistance envers les malades privés de ressources.

Art. 4. — Tous les médecins, pharmaciens ou sages-femmes, domiciliés dans le département et acceptant le présent règlement, concourront au service de l'assistance médicale à domicile, chacun suivant ses attributions, et dans les limites de la circonscription hospitalière de leur résidence.

Les médecins seront tenus de choisir une heure fixe de consultation au moins trois jours par semaine.

Art. 5. — Chaque indigent inscrit sur la liste d'assistance recevra un livret individuel ; quand il se trouvera dans la nécessité de recourir à l'assistance médicale il présentera ou fera présenter son livret au président du bureau d'assistance qui autorisera par écrit soit une consultation au cabinet du médecin, soit, si le transport du malade présente des inconvénients graves, une visite à domicile.

Selon l'un ou l'autre cas, le président du bureau d'assistance délivrera au malade un bon de consultation ou un bon de visite.

Art. 6.— Sur la production de ces bons, les médecins donneront aux malades les soins appropriés.

Les consultations pourront être données par tous les médecins de la circonscription hospitalière ; les visites seront faites par le médecin le plus rapproché du domicile du malade. Dans les cas d'extrême urgence celui-ci pourra être appelé directement par le malade ou sa famille, mais le bon de visite devra être remis au praticien dans les vingt-quatre heures.

Art. 7. — Au bas de chaque bon de visite les médecins inscriront le montant de leurs honoraires d'après le tarif indiqué plus loin.

Art. 8.— A la fin de chaque semestre le président du bureau d'assistance établira le relevé des indications de consultations ou de visite portées sur les carnets individuels et l'adressera, par l'entremise de la municipalité, à la préfecture, afin de servir de contrôle aux bons de visites et aux bons de consultation transmis directement par les praticiens.

Art. 9. — Les médicaments et appareils nécessaires aux malades seront fournis par tous les pharmaciens qui se trouvent dans les conditions de l'article 4, d'après le tarif adopté par la Compagnie P.-L.-M. Ils pourront l'être par les médecins dans les cas et conditions prévus par les lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et suivant le même tarif.

Art. 10. — Toute délivrance de médicaments autres que ceux inscrits au tarif est absolument interdite.

En aucun cas les spécialités et les eaux minérales ne pourront être mises à la charge du service.

Art. 11. — Les pharmaciens présenteront les ordonnances à l'appui de leurs mémoires, lesquels seront établis d'après les tarifs inscrits au tarif.

Art. 12. — Les sages-femmes sont chargées du service des accouchements. Leur concours est soumis aux mêmes formalités du bon et de l'inscription sur le carnet que pour les médecins.

Le médecin ne pourra être appelé à la charge du service que sur la demande de la sage-femme qui aura constaté la nécessité de sa coopération.

Art. 13. — Tous les semestres, dans la première quinzaine de juillet et de janvier, les médecins, pharmaciens et sages-femmes devront, sous peine de déchéance de leurs droits, transmettre à la préfecture les bons et les ordonnnaces relatifs au semestre écoulé. Ces pièces seront accompagnées d'un bordereau récapitulatif établi conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivreront des médicaments, dans les conditions prévues à l'article 9, produiront deux mémoires distincts : sur l'un ils porteront exclusivement leurs visites, sur l'autre les médicaments qu'ils auront fournis.

Art. 14. — Le tarif des honoraires médicaux est fixé ainsi qu'il suit :

1 franc par consultation au cabinet du médecin ;

1 fr. 50 c. par visite de jour dans l'enceinte de la ville ou du bourg, résidence du médecin ;

3 francs par visite de nuit (de 8 heures du soir à 7 heures du matin) ;

1 fr. 50 c. plus 0 fr. 40 c. par kilomètre (aller et retour) pour visites de jour, en dehors de la résidence du médecin, et en plaine ;

1 fr. 50 c. plus 0 fr. 75 c. par kilomètre (aller et retour) pour visites de jour, en dehors de la résidence du médecin, et en montagne ;

Les courses de nuit sont majorées d'un tiers (1),

En surplus des honoraires précédents, on ajoutera 3 francs pour une opération de petite chirurgie ; 6 francs pour une réduction de luxation ou la mise en appareil d'une fracture simple ; 10 francs pour une fracture compliquée ; 20 francs pour une intervention chirurgicale dans les accouchements.

Art. 15. — Une commission, nommée par le préfet dans chaque circonscription hospitalière déterminera les distances kilométriques de plaine et de montagne entre chacun des hameaux de la circonscription et le domicile du médecin le plus rapproché.

Art. 16. — La rétribution allouée aux sages-femmes est fixée à 10 francs par accouchement.

Art. 17. — Le territoire du département de la Savoie est divisé en 4 circonscriptions hospitalières qui se confondront avec les limites des arrondissements.

Art. 18.— Les malades atteints d'affections aiguës et les blessés inscrits sur les listes d'assistance seront admis à l'hôpital de la circonscription, lorsqu'il y aura impossibilité de les soigner utilement à domicile.

Ils y seront traités dans les mêmes conditions et y recevront les mêmes soins que les autres malades.

Les femmes en couches seront assimilées aux malades et devront être admises par les hôpitaux dans les mêmes conditions.

Art. 19. — L'envoi à l'hôpital des malades ayant leur domicile de secours dans la commune, sera prononcé par le président du bureau d'assistance de la commune sur le vu d'un certificat délivré par le médecin appelé à donner ses soins au malade et attestant la nécessité de l'hospitalisation.

Art. 20. — A l'entrée du malade à l'hôpital, il sera remis à l'administration de cet établissement un bulletin d'hospitalisation comprenant : le certificat du médecin et la réquisition du président du bureau d'assistance.

Un double de ce bulletin sera transmis à la préfecture.

De son côté, l'administration hospitalière ne pourra réclamer le remboursement des frais de journée qu'autant qu'elle présentera l'original.

Art. 22.— Lorsqu'un malade hospitalisé aux frais du service d'assistance aura séjourné un mois dans un hôpital le médecin de l'hôpital devra établir par un rapport spécial, transmis à la préfecture, les motifs de la prolongation de son séjour.

Ce rapport sera ensuite renouvelé de 15 jours en 15 jours si l'hospitalisation se continue.

Art. 22. — Le département paiera aux hôpitaux la totalité de la dépense occasionnée par les malades hospitalisés dans les conditions prévues par le présent règlement, sauf à exercer les recours légaux.

Le paiement sera effectué d'après les prix de journées fixés par arrêté préfectoral.

Art. 23. — Les communes pourvues d'un hôpital continueront à hospitaliser des malades prévus à l'article 1er de la loi du 7 août 1851, sans que les dépenses d'hospitalisation puissent être mises à la charge du service d'assistance.

Art. 24. — Les communes qui, n'ayant pas d'hôpitaux, ont droit, par suite de fondations ou de legs à l'hospitalisation de leurs malades dans un hôpital situé en dehors de leur territoire, seront assimilées aux communes qui possèdent un hôpital et, par suite, les frais d'hospitalisation de leurs malades ne pourront être mis à la charge du service d'assistance.

Toutefois, si le nombre des malades hospitalisés par la commune excède celui des lits dont elle dispose, le paiement de la dépense résultant de cette insuffisance de ressources d'hospitalisation sera effectué sur le crédit affecté à l'assistance médicale.

(1) Sur la demande de plusieurs médecins cette addition a été adoptée :

« Cependant si le tarif des Courses, à cause du prix élevé des transports, était jugé par tous les médecins d'une localité comme trop insuffisant, les communes pourraient êtres autorisées par le Préfet à fournir elles-mêmes les moyens de transport et les honoraires des médecins seraient fixés, d'après les usages locaux, au prix de la visite des pauvres. »

Art. 25. — La liquidation et le mandatement au profit de l'hôpital des frais de séjour des malades hospitalisés dans les conditions prévues par le règlement seront effectués par la préfecture dans les mois de juillet et de janvier, à l'expiration de chaque semestre.

Art. 26. — Un registre résumant par année toutes les dépenses du service d'assistance sera tenu aux bureaux de la préfecture.

Ce registre qui sera annexé au rapport à présenter au Conseil général à la session d'août, donnera par commune le nombre des malades secourus à domicile, celui des malades hospitalisés, ainsi que la dépense afférente à chaque malade.

Art. 27. — Dans le cas où il serait reconnu que l'organisation du service d'hospitalisation nécessiterait l'agrandissement de certains hôpitaux, le département pourra participer à la dépense dans une proportion à fixer par le Conseil général sur le vu d'une demande de la municipalité appuyée d'une délibération de la Commission administrative et des plans et devis projetés.

Art. 28. — Il est institué au chef-lieu du département un comité départemental de l'Assistance médicale ainsi composée :

1° Le Préfet ou le Secrétaire général délégué, président ;

2° Quatre membres du Conseil général désignés par cette assemblée ;

3° Quatre docteurs en médecine choisis par l'assemblée des médecins de service ;

4° Deux pharmaciens choisis par l'ensemble des pharmaciens de service ;

5° Quatre personnes notables nommées par le Préfet et prises de préférence parmi les membres des Commissions administratives d'hôpitaux ou d'hospices, ou de bureaux de bienfaisance ;

6° L'Inspecteur des enfants assistés, secrétaire, avec voix consultative.

Les membres du Comité, élus ou nommés, le sont pour trois ans.

Le Comité aura pour mission de signaler à l'administration toutes les améliorations qui lui paraîtront désirables dans le fonctionnement du service ; il donnera son avis sur les questions au sujet desquelles il sera consulté par le Préfet qui communiquera au Conseil général le compte rendu de ses travaux.

BULLETIN DES SYNDICATS

Les actes de la nouvelle Union des Syndicats.

Nous enregistrons avec regret, la démission de notre excellent ami, le secrétaire général de l'Union. Elle succède, de fort près, à celle de l'ancien secrétaire général, notre ami Hervouet, dont tous nos lecteurs ont pu apprécier la valeur.

Voici la lettre que M. Lécuyer nous prie d'insérer :

Union des Syndicats Médicaux.

Palais de l'Union des Syndicats, 28, rue Serpente.

A Monsieur le Dr Porson :

Monsieur le Président,

Je suis très étonné de lire, dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France*, que « par suite de l'absence d'un secrétaire général, habitant Paris, des difficultés nombreuses se sont produites dans le fonctionnement de l'Union et cela, malgré toute ma bonne volonté ».

Je vous rappellerai que *ma bonne volonté n'a pas été mise à l'épreuve, malgré mes nombreuses demandes de travail.*

Vous ne me donniez à faire que les convocations ; c'est pour cela, qu'en juillet dernier, je vous avais envoyé ma *démission* ; mais sur vos instances et *vos promesses*, je l'avais retirée.

Eh bien ! ces promesses, vous ne les avez pas tenues !

Aujourd'hui je vous l'envoie donc et d'une façon définitive.

Je trouve *injurieux* pour moi que, secrétaire du Syndicat d'Aisne-et-Vesle depuis plus de douze ans et secrétaire de l'Union depuis 5 ans, après avoir été nommé secrétaire général, par le bureau, au mois de février dernier, vous ne m'en ayez pas encore donné les fonctions.

J'ai assez peu de modestie pour croire que j'aurais été capable de les remplir.

Les exemples de Barat-Dulaurier et de Maurat prouvent suffisamment qu'on peut être excellent secrétaire général et habiter la *province !*

Je souhaite même à l'Union d'avoir toujours des secrétaires généraux comme eux.

Veuillez agréer, etc...

Dr H. Lécuyer,

Ex-Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Des commentaires au sujet de la lettre de M. *Lécuyer* seraient peu en situation ; c'est aux membres des Syndicats qu'il appartient de les faire. Les anciens *présidents de l'Union des Syndicats*, témoins du dévouement et du zèle modeste et ininterrompu de notre confrère, se joindront sûrement à nous, pour lui exprimer leurs regrets de la situation pénible et injustifiable qui lui est faite.

A. C.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

Assemblée du 5 octobre 1894. — Le quatrième dîner pour l'année 1894 a eu lieu le 5 octobre 1894 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cézilly, syndic. Vingt et un membres assistaient à cette séance.

Les demandes d'adhésions, comme correspondants étrangers de l'Association, des directeurs de journaux étrangers publiés en langue française, ont été admises à l'unanimité. Sont désormais correspondants étrangers : *Gazette médicale de Liége* (Dr Brasseur) ; *Journal d'Accouchements* (Dr Charles) ; la *Policlinique* (Dr Jacobs) ; l'*Organe de la Confraternité médicale* (Dr Vindervogel) ; *Archives médicales belges* (Dr Maistriau) ; le *Scalpel* (Dr de Jace) ; la *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople* (Dr Apéry) ; les *Archives de médecine et de chirurgie pratiques de Belgique* (Dr Hocquart) ; la *Revue médicale de la Suisse romande* (Dr Picot) ; le *Bulletin de la Société des médecins naturalistes de Jassy* (Dr Bogdan) ; l'*Union médicale du Canada* (Dr Lamarche).

L'*Association* a décidé de réaliser son projet de souscription en faveur du Dr Laffite et a désigné dans ce but une commission composée de MM. Roché, conseil judiciaire, Gilles de la Tourette, Laborde, Meugy et Marcel Baudouin ; cette commission a été chargée de centraliser les souscriptions.

Le secrétaire général, Marcel Baudouin.

— *Souscription en faveur du Dr Lafitte.* — L'*Association de la Presse médicale*, poursuivant son œuvre confraternelle en faveur du Dr Lafitte, croit devoir dès maintenant réaliser son projet de souscription destinée à venir en aide aux enfants de notre infortuné confrère. Elle a désigné, dans ce but, une Commission chargée de centraliser les souscriptions, qui pourront être adressées soit au Bureau de notre Journal, soit à M. le Dr Marcel Baudouin 14, boulevard Saint-Germain, secrétaire général de l'Association.

Elle prie, dans l'intérêt d'une action commune et d'une répartition bien faite, ceux de nos confrères qui ont déjà pris ou qui prendraient une initiative de souscription particulière, de bien vouloir s'entendre avec la Commission d'organisation.

L'Association de la Presse médicale est heureuse de saisir cette occasion de remercier ses collègues de la Presse politique du concours sympathique et si efficace qu'ils lui ont prêté en cette circonstance.

L'Association de la Presse médicale s'inscrit dès aujourd'hui pour la somme de *mille francs*.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous adressons nos remerciements à M. le Dr Léopold *Dejace*, directeur du *Scalpel*, de Liège. Par esprit de justice et de solidarité médicale, il nous a fait parvenir de nombreuses demandes de grâce, recueillies par ses soins, signées de médecins Belges. Ces témoignages de sympathie internationale ont été jointes aux dossiers remis à M. le Président de la République et au Ministre de la Justice.

— *Recherches cliniques et thérapeutiques* sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocépalie. Compte rendu du service des enfants idiots épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1893, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Boncourt, Cornet, Lenoir, J. Noir et P. Sollier. Tome XIV, un beau volume de LXIV-384 pages, avec 88 figures et un plan. — Prix : 7 francs.

Adresser les demandes à la Société d'Editions scientifiques : 4, rue Antoine-Dubois.

— M. le Dr *L. Martin*, collaborateur de M. le Dr *Roux* à l'Institut Pasteur, a commencé le dimanche 7 octobre dernier une série de conférences à l'usage de MM. les Docteurs sur le diagnostic bactériologique de la diphtérie et sur le manuel opératoire des injections de sérum antidiphtérique. Ces conférences publiques et gratuites ont lieu tous les dimanches à 3 h. à l'Institut Pasteur, 17, rue Dutot. De plus, on peut assister aux inoculations, qui sont pratiquées tous les jours à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau sous la direction de MM. Roux et Martin. On peut se procurer du sérum pour la clientèle, en se présentant personnellement à l'Institut Pasteur. Les tubes tout préparés sont remis gratuitement à MM. les Docteurs.

— On voit actuellement, à Chicago, des fiacres électriques, qui empruntent la force motrice à des accumulateurs d'une capacité de 200 ampères-heures ; la vitesse est de 15 à 20 kil. à l'heure.

(*Revue scientifique*).

— Un médecin russe prétend que la strophantine donnerait le dégoût des boissons alcooliques.

(*Revue scientifique*).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3944. — M. le docteur Benoit, de l'Arba (Algérie), membre de l'Association des médecins du département d'Alger.

N° 3945. — M. le docteur Thibaud, de Villers-sur-Mer (Calvados), présenté par M. le Directeur.

Ce volume n'est à aucun degré une copie, une répétition, des nombreux ouvrages parus sur l'anatomie de l'œil. Ce n'est pas davantage une compilation, une œuvre d'érudition.

C'est l'anatomie de l'œil telle que l'on peut la démontrer dans un laboratoire au moyen de préparations nombreuses et bien faites.

Son titre de **Précis iconographique** se trouve justifié par sa méthode qui est de *faire voir* au moyen de figures originales dessinées à la chambre claire, chaque région de l'œil, avant de la décrire en quelques mots et de passer à des considérations générales et pratiques.

L'ouvrage ne saurait mieux se comparer qu'à une collection de préparations choisies, mises sous les yeux du lecteur dans un ordre méthodique et expliquées par des légendes détaillées placées en regard de la figure. Les descriptions ennuyeuses et peu claires sont ainsi en grande partie évitées et le texte a pu être réservé à des développements d'un intérêt plus général.

Anatomiste de laboratoire, mais aussi clinicien pratiquant, l'auteur s'est surtout attaché à l'anatomie générale et topographique, aux notions qui relient la clinique à l'anatomie. Il a généralement laissé de côté l'histologie pure, qui a peu d'application immédiate, ne disant par exemple de l'histologie de la rétine que ce qu'il en faut pour comprendre les rétinites et les choroïdites.

En résumé, le débutant trouvera dans ce petit volume des figures vraies et précises accompagnées de légendes détaillées qui lui éviteront la lecture de bien des descriptions assommantes, lui permettront de rectifier certaines erreurs encore répandues.

Le clinicien, croyons-nous, ne le lira pas sans intérêt, grâce aux nombreux rapprochements qui y sont établis entre l'anatomie et la clinique ; il pourra y puiser ou y revoir des renseignements d'anatomie topographique utiles en chirurgie oculaire ; il pourra surtout avec cet atlas suppléer au manque de bonnes figures de la plupart des manuels sur les maladies de l'œil.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

RECOURS EN GRACE DU Dr LAFITTE

Les renseignements, qui parviennent chaque jour, diffèrent selon leur provenance. Les uns sont pessimistes, les autres encourageants. Il semble, pourtant, qu'une décision ne peut plus trop tarder, maintenant. Les syndics de l'Association de la Presse médicale se sont concertés, jeudi soir, chez M. le professeur Cornil, avec les avocats de M. Lafitte et ils ont avisé aux moyens de hâter la solution. Les syndics seront reçus, en audience, par M. le Président de la République, lundi prochain, à 9 heures. Nous espérons pouvoir donner, bientôt, des nouvelles favorables.

SOUSCRIPTION LAFITTE

Nous avons reçu les sommes suivantes, par ordre de date, et jusqu'au jeudi 18 octobre.

Membres du *Conseil de Direction du Concours médical* : MM. Cézilly, 100 fr. ; Gibert, 20 fr. ; Gassot, 20 fr. ; Maurat, 20 fr. 160
Somme votée par le *Conseil de Direction du Concours médical* 500
— par l'*Association des médecins de l'Oise* 600
— par le *Syndicat de l'Oise* 50
— par le *Syndicat de Versailles* 100

MM. les Docteurs :
Jeanne (Meulan) 20
Pineau (Paris) 20
Pannetier (Triel) 20
Lécuyer (Chatou) 10
Renous (Croissy) 10
Des Chesnais (Ville-d'Avray) 20
Darin (Chaville) 20
Gille (Garches) 10
Cailleret (Poissy) 10
Nollet (Bougival) 10
Surre (Saint-Cloud) 10
Martin (Orgeval) 5
Héliot (Meulan) 10
Ribard (Meudon) 10
Midrin (Sèvres) 10
Pecker (Maule) 10
Giberton (Jouy-en-Josas) 20
Bouillet (Rueil) 5
De Fourmestreaux (Versailles) 10
Ferrey (Andrésy) 10
D. 20

A reporter.. fr. 1.680

Report ..... fr. 1.680

MM. les Docteurs :
Pluyaud (Houilles) 10
Vitet (St-Nicolas-d'Aliermont) 20
Voinot, Feillet, Martinet 5
Noskowski (Marseille) 20
Chamousset (Bellême) 5
Salle-Estradère (Manciet) 10
Carrez (Morez) 10
Syndicat d'Etampes 50
D.......... (Paris) 15
Blanchard (Paris) 10
Société médicale du XVIe Arrondissement (Paris) 150
Delvaille (Bayonne) 100
Un Membre du Concours, n° 258 10
C.... (Saumur) 5
Katz (Pontoise) 10
Huret (Veretz) 5
Lebrun (Bar-sur-Aube) 10
Lecerf (Saint-Julien de Concelles) 10
Pichancourt (Bourgogne) 20
Coliez (Longwy) 5
Freydier (Cassel) 10
M. Méré, pharmacien-droguiste (Orléans) 100
Margery (Sannois) 50
Moulin (Paris) 10
Yvon (Paris) 20
Souloumiac (Saint-Aignant-les-Marais) 10
Suryot (Entrains) 10
Bergès (Houdan) 20

A reporter.. fr. 2.390

Report ..... fr. 2.390

MM. les Docteurs :
Sutils (Chapelle-la-Reine) 10
Beuzelin (Amfreville) 5
Rigabert (Surgères) 20
Gérard (Savenay) 5
Paris (Paris, 196, Boulevard Pereire) 50
Goy (Marseille) 20
Delobel (Noyon) 5
Penot (Malesherbes) 10
Dartigues (Simorre) 5
Petitclerc (Rouen) 40
Peslerbe (Nangis) 5
Rabjeau (Ingrandes) 5
Maurel (Aix) 10
Syndicat de la Sarthe 100
Un médecin de la Creuse 10
Hoelling (Montrouge) 10
Gauté (Tarbes) 5
Courgey (Ivry) 5
Martelli (Rugles) 10
Tournier (Faverney) 10
Hugues (Fleurie) 10
Syndicat de Lille 100
Prompt (Bourg d'Oisans) 10
Turriès (Puimasson) 20
Syndicat de Brioude 50
Briot (Chaussin) 20
Bornèque (Luxeuil) 5
Roulland (Niort) 20
Syndicat du Loiret 50
Peyre (Bordeaux) 20
Licke (Maisons-Lafitte) 5

Total de la 1re liste..... fr. 3.040

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum antidiphtérique.

La souscription ouverte par *le Figaro* pour la propagation du vaccin antidiphtérique dépasse déjà 250.000 francs. L'Institut Pasteur a besoin, en effet, de fortes sommes pour subvenir à l'installation et à l'entretien d'un service qui est appelé à prendre une très grande extension, les demandes devant bientôt affluer de tous les points de la France et même du monde entier.

D'autre part, la ville de Marseille a délégué le Dr d'Astros, pour venir étudier à Paris la vaccination antidiphtérique et être à même d'installer, à Marseille, un institut antidiphtérique.

Le Conseil général des Bouches-du-Rhône a déjà voté 10.000 fr. dans ce but.

Serait-ce une coïncidence ou au contraire un effet déjà sensible de la nouvelle méthode Roux ? la diphtérie est devenue subitement bénigne et occasionne depuis quelques semaines une mortalité très au-dessous de la moyenne habituelle.

La lecture du *Bulletin de statistique municipale* est des plus instructives à cet égard.

La moyenne des décès par diphtérie en septembre est de 20 à 25 par semaine. Or, cette année, ce chiffre est descendu :

Du 2 au 8 septembre à	12 décès
Du 9 au 15 —	8 —
Du 16 au 22 —	7 —
Du 23 au 29 —	2 —

Deux décès seulement en huit jours. Jamais depuis que le *Bulletin de statistique* existe, c'est-à-dire depuis quinze ans, on n'avait relevé une mortalité aussi faible.

L'année dernière, la mortalité diphtérique pour le mois de septembre était de 68. Cette année elle est de 29.

Actuellement, les médecins de province, comme la grande majorité des médecins de Paris, doivent faire comprendre à leurs clients qu'il est impossible de faire un traitement de la diphtérie en clientèle, par les inoculations de sérum. L'institut Pasteur ne pourra fournir le sérum demandé que dans 3 mois, temps nécessaire pour immuniser les chevaux fournisseurs de ce sérum.

Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. le Dr *Lavaux* a, dans une récente communication faite au Congrès de Chirurgie de Lyon, montré les avantages de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Cette opération consiste à pratiquer chez les rétrécis, avec l'urèthrotome électrolytique, au niveau de la stricture uréthrale, deux sections sur deux points diamétralement opposés : l'une sur la paroi supérieure du canal et l'autre sur la paroi inférieure, en plein tissu fibreux.

C'est une opération bénigne, facile, peu douloureuse, qui n'exige ni repos au lit, ni sonde à demeure, dont les résultats éloignés, comme les résultats immédiats, sont excellents, à condition de soumettre les opérés au traitement post-opératoire, que nécessite l'emploi de tous les procédés de force.

Ce traitement post-opératoire consiste à introduire tous les mois ou toutes les trois semaines une bougie no 18, 19 ou 20. Si les malades refusent de se soumettre à ce traitement, la récidive est plus ou moins rapide, mais constante.

Extraction des corps étrangers de l'oreille.

Le Dr *Dubar*, d'Armentières, nous prie de rappeler à nos confrères, qu'un excellent moyen d'extraire les corps étrangers de l'oreille consiste à employer, tout simplement, la sonde cannelée de trousse légèrement recourbée à son extrémité. La seule petite difficulté est de l'introduire doucement en arrière de l'objet à enlever.

Anesthésie mixte par le chloroforme et la spartéine.

En présence des faits, malheureusement trop fréquents, de syncope mortelle pendant la chloroformisation, MM. *Langlois* et *Maurange* ont eu l'idée de lutter contre la faiblesse du cœur et contre les réflexes pneumogastriques dans la chloroformisation, par l'usage de la spartéine combinée avec la morphine avant l'administration du chloroforme.

Un quart d'heure avant la chloroformisation, on fait une injection hypodermique d'un centimètre cube de la solution suivante, dont voici la formule :

Chlorhydrate de morphine . . . . . 0 gr. 10
Sulfate neutre de spartéine 0 gr. 30 à 0 gr. 50
Eau stérilisée q. s. pour 10 centigr. dans un flacon stérilisé.

Presque toujours un centimètre cube, c'est-à-dire trois centigrammes de spartéine et un centigramme de morphine ont été injectés.

Voici maintenant les résultats :

Sur 148 opérations avec anesthésie chloroformique, on n'a jamais eu, à aucun moment, d'alerte cardiaque, quels qu'aient été la gravité de la maladie, la gravité de l'opération ou sa durée, l'âge des sujets, leur état antérieur (tuberculeux, hémorrhagiques, albuminuriques, convalescents de fièvre typhoïde, etc.)

Sur ces 148 cas, un certain nombre rentrent dans la catégorie des opérations que les chirurgiens redoutent au point de vue de l'anesthésie.

Il ressort de ces observations qu'en injectant avant la chloroformisation 1 centigramme de morphine et 3 à 5 centigrammes de sulfate de spartéine, on a obtenu dans tous les cas une narcose rapide, facile à maintenir avec peu de chloroforme et pendant laquelle le pouls n'a cessé d'être plein et régulier. Dans quelques cas où la narcose a dû être prolongée deux heures et même plus, on a vu la respiration faible, l'apnée toxique se produire, alors que le cœur continuait à battre avec force.

Dans ce cas, les tractions rythmées de la langue ont permis de prolonger l'anesthésie chloroformique sans inconvénients et même sans inquiétude.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

Les traitements et les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse.

De récents événements ont prouvé avec quelle prudence tout médecin doit traiter les affections utérines, quelles qu'elles soient, chez les jeunes femmes en particulier.

Il n'est pas permis d'avoir un seul moment d'inattention, ni de négligence, quand on se trouve en présence d'une malade, qui se plaint d'une affection utérine. Avant d'entreprendre

tout traitement, avant de prescrire tout médicament à une femme, on doit toujours s'assurer qu'elle n'est pas enceinte, par l'interrogatoire, d'abord, par l'examen local, ensuite, si on a quelqu'inquiétude. En fait de vertu et de moralité, le médecin prudent doit toujours être sceptique, vis-à-vis de ses clientes. La timidité, la modestie, la candeur doivent *toujours* lui paraître suspectes. De quelque famille que soit une jeune femme ou une jeune fille, dans quelque milieu qu'elle vive, de quelqu'âge qu'elle soit, n'eût-elle que quinze ans à peine, eût-elle bonne réputation, fût-elle même religieuse ou novice, le médecin ne doit pas croire à la virginité de cette jeune fille, s'il ne l'a pas constatée lui-même *de visu* ou *de tactu*. Toute femme ou fille réglée, qui n'a pas ses règles depuis un certain temps, peut être soupçonnée d'être enceinte ; je dirai même plus, *doit* être soupçonnée d'être enceinte. Ce n'est qu'après un examen minutieux qu'on pourra se rassurer à ce sujet ; la difficulté est de ne rien laisser paraître aux yeux de la malade, ni par des questions trop précises, ni par des allusions trop peu masquées.

Le plus souvent, les malades savent parfaitement à quoi s'en tenir ; mais naturellement, elles cherchent à dérouter le médecin, s'il les questionne trop ostensiblement sur les symptômes de la grossesse. Il faut être habile et avoir l'air de rechercher les signes d'une anémie, d'une affection stomacale ou intestinale, afin de détourner l'attention des malades. C'est même à cause de la mauvaise foi ordinaire de ces personnes, qui veulent nous faire commettre une erreur et peuvent nous accuser ensuite d'un crime ou d'une notoire incapacité, que nous ne devons pas ajouter confiance à leurs réponses, quand elles nous disent qu'elles voient leurs menstrues bien régulièrement.

Il y a trop d'exemples de perfidies de ce genre pour qu'on s'y laisse prendre. Quoique le médecin doive toujours rester réservé en présence d'une jeune fille, il ne pourra jamais s'en rapporter à l'impression extérieure qu'elle lui produit, ni la croire naïve et candide : il pourrait s'en repentir beaucoup dans la suite.

C'est surtout lorsqu'on a affaire à cette catégorie de clientes, ayant intérêt à faire avorter leur grossesse, qu'il faut être bien au courant des traitements et des médicaments, pouvant avoir de fâcheux résultats sur la grossesse.

Il importe aussi, d'ailleurs, de les bien connaître, pour ne pas les prescrire aux femmes enceintes, qui désirent voir aboutir leur grossesse. Dans ce second cas, on court moins de risques que dans le premier, car on ne peut être accusé de crime et d'avortement volontaire ; mais on s'expose au ressentiment de ses clientes, qui vous accusent d'incapacité, ou quelquefois même, à des poursuites judiciaires pour homicide par imprudence, si, par malheur, les malades ont succombé à la fausse couche.

C'est sur cette double considération que nous nous appuyons pour insister sur l'importance du sujet que nous traitons aujourd'hui.

Dans un premier chapitre, nous examinerons les médicaments contre-indiqués ; au second chapitre, viendront les traitements et opérations chirurgicales et gynécologiques, nuisibles à la grossesse.

I

MÉDICAMENTS CONTRE-INDIQUÉS.

En tête des médicaments dangereux pour la femme enceinte se placent le *salicylate de soude* et *l'ergot de seigle*.

Il est très imprudent de traiter un rhumatisme articulaire par le salicylate de soude, chez une femme enceinte de quelques mois. Ce médicament a une incroyable énergie comme emménagogue.

Il n'en existe peut-être pas de plus efficace pour favoriser la menstruation chez les aménorrhéiques ; l'action est quelquefois lente, et ne se fait sentir qu'au bout de 8 ou 10 jours, mais elle est immanquable ; nous en connaissons de nombreux exemples. Donc, abstention complète de potions ou de cachets au salicylate de soude chez une femme enceinte ; ce serait un trop sûr moyen de la faire avorter ; on devra observer la même réserve pour l'ACIDE SALICYLIQUE et le SALOL. Ces substances seront employées seulement en frictions cutanées, sous forme de pommades, au voisinage des articulations malades.

En ce qui concerne *l'ergot de seigle, l'ergotine et l'ergotinine*, nous n'avons pas besoin d'insister longuement. Les effets abortifs de ces substances sont universellement connus ; il faudra donc être très circonspect avant de prescrire l'ergot ou l'ergotine à une femme, qui a une métrorrhagie. Il sera nécessaire, avant tout, d'être certain que cette femme n'est pas enceinte ; car l'ergot, dans ce cas, hâterait la fausse couche en train de se produire. Même quand une femme n'a pas cessé de voir ses règles, elle peut être enceinte ; une métrorrhagie survenant après une période non interrompue de menstrues régulières, peut être due à un fibrome utérin, mais aussi à un avortement sur le point de se produire. Défions-nous donc de l'ergot et ne le donnons *jamais, sans nous être assurés de la vacuité de l'utérus*.

A la suite de ces deux médicaments, si souvent employés, nous en placerons immédiatement quelques autres, dont on est à même de se servir avec autant d'imprudence ; nous voulons parler *des purgatifs* et des *dérivatifs* (rubéfiants, saignées).

Dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, il faut s'abstenir de purgations (*huile de ricin, sels minéraux, aloès* surtout).

Il faut se méfier de toutes les pilules purgatives quelles qu'elles soient ; les femmes, toujours inquiètes de l'absence de leurs règles pendant les deux premiers mois, ne sont que trop portées volontairement ou inconsciemment à chercher des purgatifs ou des dérivatifs (sinapismes, bains de pieds sinapisés, sangsues aux cuisses ou au bas-ventre) pour faire « revenir le sang ». On doit leur interdire formellement ces pratiques dangereuses. Quand une femme n'a pas ses règles, il ne faut pas chercher à les faire venir ; mais seulement s'enquérir, par un examen minutieux, pourquoi elles ne les ont pas. *Les trois quarts des cas d'aménorrhée* sont de terribles pièges, où il ne faut jamais tomber, car les conséquences en sont toujours effroyables, soit que les femmes aient voulu avorter, soit qu'au contraire elles aient tenu à être mères.

Les purgatifs légers, mais répétés, ont un autre inconvénient à la fin de la grossesse, c'est *d'empêcher la montée du lait* dans quelques cas.

Il faut donc aussi les proscrire et se contenter de lavements laxatifs ou de poudres laxatives *ab ore*. Bien entendu, nous savons qu'il y a des femmes chez lesquelles on peut tout administrer sans danger ; « l'enfant est si bien accroché ! » que rien ne peut le faire « lâcher prise » prématurément. N'importe : ce sont là des exceptions, et l'on serait coupable, si on ne se conformait pas aux règles prudentes que nous venons de formuler.

Quant aux abortifs de commères, si répandus dans le vulgaire, ils ne sont pas dangereux, d'abord parce qu'ils sont universellement connus et réputés comme efficaces ; en second lieu, parce que leur valeur n'est nullement démontrée scientifiquement. Ces substances à l'index sont : le *safran*, l'*absinthe*, le *tabac* (en infusions alcooliques ou aqueuses), l'*armoise*, la *sabine*, la *rue* (en tisanes, en poudres, en potions). Qui d'entre nous aurait la témérité de prescrire pareilles substances, à une femme ou à une jeune fille, qu'il soupçonnerait d'être enceinte? Inutile donc d'insister ; les traitements dangereux sont ceux dont on ne se défie pas, parce qu'ils n'ont pas mauvaise réputation.

Nous voulons, en terminant cette première partie, signaler encore quelques substances dangereuses à employer, mais dont il est rare qu'on ait à se méfier, car elles sont plutôt absorbées par erreur, que prises dans un but thérapeutique : ce sont l'*acide oxalique* et le *sulfure de carbone*.

L'acide oxalique et ses sels (oxalate de potasse) (oseille) sont des emménagogues de quelque valeur ; aussi peuvent-ils être dangereux pour une femme enceinte. Quant au sulfure de carbone, il est dangereux surtout pour les femmes qui le manient dans les usines ; ce sont donc des exceptions, mais nous avons cru utile de les signaler.

Enfin, mentionnons que l'*antipyrine* et la *cocaïne*, ces deux médicaments à la mode, ne sont pas inoffensifs pour les femmes enceintes. L'antipyrine, *prise fréquemment*, entrave la sécrétion lactée et prive ainsi les mères de la possibilité d'allaiter leur enfant. La *cocaïne*, appliquée en pommade, localement, sur des gerçures des seins, a la même propriété antigalactogogue ; il faut donc la proscrire chez les femmes qui veulent nourrir.

II

OPÉRATIONS ET TRAITEMENTS CHIRURGICAUX CONTRE-INDIQUÉS.

Doit-on s'abstenir de tout acte chirurgical pendant la grossesse ? Des faits nombreux prouvent que ce serait de la pusillanimité. Toutefois, il ne faut intervenir qu'en cas d'absolue nécessité. Une perte de sang abondante est toujours fâcheuse, sinon dangereuse, pendant la grossesse.

En ce qui concerne les organes pelviens même, il n'y a aucun danger à intervenir pour extirper une tumeur péri-utérine, dont le développement gênerait la grossesse ; mais à condition de laisser perdre peu de sang et de hâter l'acte opératoire. Il vaut mieux, d'ailleurs, attendre le 4e ou le 5e mois de la grossesse pour opérer que de pratiquer l'opération pendant les trois premiers mois.

Quant aux interventions chirurgicales, même très minimes, du côté du vagin ou de l'utérus, il faut s'en défier constamment. Les scarifications du col utérin, l'application des sangsues sur le col, l'hystérométrie, doivent être rigoureusement proscrites. Aujourd'hui, plus que jamais, nous sommes tous à même de juger les sévérités excessives des magistrats, à l'égard des avortements même involontaires, même *improbables* ; il nous faut, à tout prix éviter le moindre soupçon de la part de la malade ou de son entourage.

Lors donc qu'une femme ou une fille se présente à nous pour se faire examiner au spéculum ou pour se faire soigner d'une affection utérine, pensons toujours à la grossesse, même si cette personne prétend avoir ses règles. Après le toucher, l'examen au spéculum sera pratiqué, mais ne nous servons d'aucun instrument (hystéromètre, porte-caustique, porte-ouate, sonde) avant d'avoir acquis la certitude que la femme n'est pas enceinte. Gallard a dit que l'endométrite cervicale devait être traitée, pendant la grossesse, afin d'éviter l'avortement. Sans doute, elle doit être traitée, mais uniquement par des topiques externes, c'est-à-dire par des injections, des bains et de légers tampons à la glycérine et au tannin ou à l'ichthyol. C'est tout ce que nous pouvons faire, en présence des récents événements, qui ont montré que la seule introduction d'un porte-ouate ou d'un porte-caustique dans l'orifice cervical, peut être interprétée à l'encontre de nos intentions par les personnes qui veulent nous nuire. Ne cédons jamais à la prière de nos clientes, quand elles réclament un traitement plus actif ; c'est capital ; il faut alors demander une consultation avec un autre confrère et prévenir la malade des risques qu'elle court.

Si, après avoir pris ses précautions, on obtient carte blanche de la part de la malade, en présence d'un témoin tel que son mari ou une très proche parente, quels sont les traitements auxquels on pourra avoir recours sans faire courir de risques réels à la grossesse ?

Les cautérisations intra-cervicales seules sont possibles sans danger ; l'acide chromique, le sublimé ou le chlorure de zinc, en solutions faibles, portés dans le col avec une mèche d'ouate hydrophile, sont, croyons-nous, les meilleurs topiques. Il faut éviter de porter de la *glycérine* dans le col, car nous savons qu'une injection intra-utérine même faible de glycérine est un excellent abortif. Cette propriété de la glycérine peut être utilisée, quand il est nécessaire d'obtenir un accouchement provoqué avant terme.

Quant aux bains et aux injections vaginales, la pratique nous a toujours montré qu'il n'y avait aucun risque à en user. C'est encore un préjugé fort répandu, parmi les femmes, que les bains et les injections sont nuisibles à la grossesse ; il faut les en dissuader. Le seul point à observer, c'est de ne pas prendre de bains trop chauds, ni trop longs, de n'employer que des injections tièdes et antiseptiques (acide borique, tannin, coaltar, lysol). Les eaux minérales et les bains de mer sont généralement nuisibles.

Nous terminerons par un court aperçu du régime tel que nous le comprenons pour les femmes enceintes ou soupçonnées de l'être.

S'il n'y a aucune affection grave des voies digestives, nous conseillons de ne rien changer

au régime alimentaire ; toutefois, nous faisons autant que possible prendre beaucoup d'aliments laxatifs (fruits, herbes cuites, sauf l'oseille).

En ce qui concerne les selles, nous jugeons qu'une selle quotidienne est certainement fort désirable, mais, qu'il n'y a pas à s'inquiéter dans les cas où la défécation ne se fait que tous les deux jours. Un espace plus long est évidemment nuisible et doit être combattu.

Que doit-on faire au point de vue des exercices ? En premier lieu, *interdire* absolument les promenades à CHEVAL ou à BICYCLETTE ; ces exercices sont indubitablement néfastes à bien des femmes enceintes ; le médecin ne peut les autoriser. En second lieu, les sorties en chemin de fer, en voiture, seront autant que possible abrégées, d'abord afin d'éviter les cahots, ensuite afin de ne pas exposer la femme enceinte à des rétentions vésicales.

Mais, il faut conseiller les marches à pied, les courses au grand air et non la claustration à la chambre ou dans les salles à air confiné (théâtres, magasins).

Les douches, le massage, la gymnastique modérée peuvent être continués par les femmes, qui s'y adonnent. N'oublions pas enfin, que l'analyse régulière de l'urine des femmes enceintes est une nécessité que nous ne saurions trop leur rappeler. Dr Paul HUGUENIN.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès de Budapest (*suite et fin*) (1).

VI

L'IMMUNITÉ MICROBIENNE.

D'après M. *Buchner*, de Munich, le pouvoir de résistance naturel de l'organisme contre l'infection, pouvoir qu'on nomme plus simplement immunité naturelle, doit admettre une autre cause qu'un principe qu'on appellerait immunité, sans chercher au delà. Cette résistance existe à un degré variable suivant les individus.

Le pouvoir de résistance naturelle appartient à une substance bactéricide, produite par l'organisme, à laquelle on a donné le nom d'alexine, et à une insensibilité naturelle des cellules et des tissus de l'organisme contre certains poisons bactériens.

Cette immunité ne peut jamais être transmise par le sang à d'autres individualités.

Les leucocytes ont une fonction importante pour la préservation de l'organisme, non pas grâce à un pouvoir phagocytaire, mais par les substances préservatrices qu'ils sécrètent. La phagocytose ne constitue qu'une fonction secondaire.

L'immunité naturelle ou produite artificiellement appartient aux produits bactériens spécifiques appelés antitoxines, qui passent dans le sang et dans les tissus ou à la fois dans l'un et l'autre.

D'après M. *Metchnikoff*, la destruction des microbes peut se faire soit dans un milieu acide, soit dans un milieu alcalin.

Les leucoytes agissent non seulement contre les microbes, mais très probablement contre les poisons cellulaires.

« Il faut distinguer deux catégories de sérums antitoxiques préservant des maladies ; la première comprend celle qui nous préserve contre le virus vivant, l'autre contre la toxine. Ce dernier serum est analogue à celui qui préserve contre le venin de serpent ou les poisons végétaux. C'est un excitant cellulaire pour M. Roux, car dans le mélange inoffensif d'antitoxine et de toxine, on peut encore reconnaître la présence de toxine libre, qui n'est donc pas anéantie par l'antitoxine.

« L'immunisation des animaux sera faite de préférence au moyen d'injections de petites quantités de vaccin (sérum préservateur), répétées à plusieurs reprises.

« La sérosité obtenue au point où on fait l'injection des bactéries est bien plus active que la sérosité normale (Denys, de Louvain). » (1)

A côté de cette question de l'immunité, nous dirons quelques mots des résultats obtenus par les injections de produits microbiens (tuberculine, malléine, pneumobacilline, etc.). La *tuberculine* a permis à M. Nocard de vérifier que la tuberculose n'est pas héréditaire, mais que l'infection se fait après la naissance chez les bovidés. Dans une exploitation gravement infectée, sur 42 jeunes animaux (6 à 18 mois), 33 étaient sains ; à partir de ce moment, les malades furent rigoureusement isolés, et des animaux indemnes aucun ne fut frappé ; les dernières constatations datent de juillet 1894. Or, 24 de ces animaux étaient nés de mères tuberculeuses.

Ce diagnostic a été établi par des injections de tuberculine, qui deviennent ainsi un précieux moyen de prophylaxie de la tuberculose dans les étables, et par conséquent chez l'homme.

M. Bang (Copenhague) pense que la tuberculine donne des résultats positifs dans 90 % des cas et est souvent précieuse pour déceler des lésions insignifiantes, ganglionnaires surtout. Mais il faut savoir que quelquefois des animaux non tuberculeux présentent la réaction caractéristique. Néanmoins, M. Bang pense qu'en police sanitaire, la tuberculine peut jouer un rôle important.

Pour faire de la bonne prophylaxie de la tuberculose animale, voici comment il faut procéder :

Dans toute exploitation où l'on redoute l'existence du mal, il faudrait soumettre tous les animaux à l'injection de tuberculine ; tous ceux qui manifesteraient la réaction caractéristique seraient aussitôt séparés des animaux sains, dont l'étable serait désinfectée à fond ; on ne serait pas obligé pour cela de les sacrifier immédiatement ; on pourrait encore les faire travailler, ou utiliser leur lait, *après cuisson* ; on devrait surtout les préparer pour la boucherie, de façon à en tirer le meilleur parti possible : tués de très bonne heure leurs lésions seraient si peu importantes qu'aucun inspecteur n'oserait en prononcer la saisie.

Grâce à ces moyens simples, les propriétaires d'animaux pourraient, d'eux-mêmes, rapidement et à peu de frais, sans rien attendre de l'Etat, s'affranchir du lourd tribut qu'ils payent chaque année à la tuberculose.

Mêmes résultats et mêmes applications avec la *malléine* dans la morve.

(1) Voir le n° 41.

(1) Compte rendu de M. F. Regnault, in *Médecine moderne*, n° 72.

M. *Arloing*, de Lyon, communique les recherches qu'il a faites sur la *pneumo-bacilline*, toxine du microbe de la péri-pneumonie.

Introduite sous la peau, la pneumobacilline produit des effets phlogogènes locaux plus ou moins marqués, et une série de troubles généraux parmi lesquels il faut citer : l'hyperthermie, l'accélération de la respiration et du pouls, la vaso-dilatation, des phénomènes hypersécrétoires, du tympanisme.

Ces effets se manifestent sur tous les animaux de l'espèce bovine. Mais ils sont plus intenses sur les animaux, qui portent des lésions commençantes ou des lésions chroniques de la péri-pneumonie contagieuse.

Si donc, dans un milieu suspect où l'on aura fait usage des injections de pneumobacilline, quelques animaux présentent les principaux troubles signalés ci-dessus à un degré marqué, où mieux encore l'ensemble de ces troubles, il y a beaucoup de chance pour que ces sujets soient atteints de péripneumonie.

La réaction thermique seule ne paraît pas suffisante pour asseoir le diagnostic.

Il en résulte que les animaux soumis aux injections doivent être suivis attentivement pendant l'évolution des effets de la pneumobacilline.

VII

HYGIÈNE DES TRAVAILLEURS DES VILLES, ETC.

Le Congrès a abordé la question de la limitation de durée du travail : était-ce bien son rôle ? c'est discutable. Toujours est-il qu'on a adopté le vœu suivant :

La dix-neuvième section du huitième Congrès international d'hygiène et de démographie, considérant les conséquences bienfaisantes généralement reconnues du raccourcissement graduel de la durée du travail et la nocuité hygiénique du travail de nuit, se prononce en principe pour la suppression du travail de nuit. Elle invite les facteurs législatifs de tous les Etats civilisés à organiser l'introduction pas à pas, de la journée de 8 heures pour les ouvriers industriels et à défendre le travail de nuit dans toutes les branches industrielles, sauf dans celles où le travail de nuit est indispensable, à cause de considérations économiques générales.

M. *Axmann Bela* propose de diminuer le prix des boissons inoffensives comme la bière, et de surtaxer les boissons alcooliques fortes, afin de diminuer l'alcoolisme. Est-ce bien là la véritable solution du problème ? Oui, mais à condition de poursuivre sévèrement les falsificateurs.

M. *Cacheux* vante les habitations ouvrières modernes, devenant la propriété de l'ouvrier au moyen du loyer.

En ce qui concerne les écoles, chaque représentant des divers pays étrangers est d'avis qu'il faut restreindre les exercices physiques comme les exercices intellectuels :

Dans les premières années le programme doit comporter des jeux qui n'exigent pas de forces et ne surmènent pas l'intelligence, qui demandent des mouvements rapides et fréquents et agissent surtout sur le développement du thorax, tels que les jeux d'enfant et les courses.

Dans les classes inférieures des écoles secondaires il faut choisir des jeux plus compliqués qui exigent une action plus indépendante et des exercices qui développent l'habileté du corps.

Les exercices méthodiques et athlétiques ont leur tour dans les classes supérieures ; mais il faut cultiver les jeux de paume compliqués qui se prêtent éminemment à l'éducation du cœur et au développement des qualités morales.

Le système actuel des exercices gymnastiques n'est conforme ni aux exigences de la jeunesse, ni à celles de l'hygiène ; à la place de ces rigoureux exercices, il faut cultiver les jeux et installer des terrains appropriés à cet effet.

En ce qui concerne la prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles, voici ce que demande M. *Mangenot*, de Paris :

1° L'école doit être tenue dans un état constant de propreté par le lavage fréquent des murs et des parquets, l'enlèvement quotidien des poussières et leur destruction par le feu, la ventilation permanente des locaux, la vidange fréquente des fosses d'aisances ou mieux l'envoi direct des matières à l'égout ;

2° En temps d'épidémie, il faut éloigner immédiatement de l'école tout enfant atteint ou seulement soupçonné de l'être, ainsi que ses frères et sœurs et ne les admettre de nouveau que quand tout danger de contamination a disparu ;

3° La désinfection de tout ou partie de l'école doit être faite en dehors des heures de classes et le licenciement des élèves n'être demandé que dans des cas tout à fait exceptionnels ;

4° Il faut veiller à la propreté des vêtements et assurer celle des corps par des bains-douches ou autres pris au moins une fois par mois ;

5° Conseiller et même exiger le lavage des mains, de la bouche et des fosses nasales avec un liquide antiseptique répété plusieurs fois par jour, surtout avant les repas ;

6° Mettre à la disposition des élèves, comme eau de boisson, de l'eau de source ou bouillie ;

7° Enseigner, dans les écoles, les éléments de l'hygiène publique et individuelle.

En ce qui concerne les eaux potables, M. *Chantemesse* demande qu'une source, avant d'être déclarée potable, soit l'objet de nombreuses analyses bactériologiques et d'enquêtes minutieuses sur la nature géologique du terrain.

VIII

STATISTIQUE. — MORTALITÉ.

M. *Vacher*, de Paris, fait remarquer que la mortalité générale de l'Europe a diminué depuis un certain nombre d'années, surtout en comparaison de ce qu'elle était au XVIII[e] siècle.

La diminution est d'un quart à un tiers. Par exemple, pour la Suède, elle était de 27.5 pour 1000, de 1750 à 1800 ; elle n'est plus aujourd'hui que de 16.9 pour 1000 ; à Berlin, elle était de 34.6 pour 1000 vers 1790, elle n'est plus aujourd'hui que de 20.3, etc.

La mortalité a diminué à toutes les périodes de la vie, et non pas seulement dans l'enfance, comme on le croit communément : cela ne résulte pas de la comparaison des tables de survie construites au siècle dernier avec celles qu'on a construites dans le siècle actuel, mais de la proportion des décès aux divers âges comparés aux vivants de ces âges, au XVIII[e] et au XIX[e] siècle, comparaison que la statistique suédoise permet d'établir avec une entière rigueur ; en sorte qu'on peut affirmer qu'il y a une mortalité moindre aujourd'hui qu'autrefois chez les

enfants, les adultes et les vieillards, et que les conditions de la vitalité se sont améliorées à toutes les périodes de la vie.

D'après M. Vacher, la statistique montre que la vie paraît plus longue au XIXe siècle qu'au XVIIIe. Il y aurait un gain de 6 années, 73 ans au lieu de 67 ans.

Au point de vue de la police sanitaire, M. *Vivant* vante les heureux résultats de la nouvelle loi sanitaire à Monaco :

Obligation pour le médecin, la sage-femme, les parents du malade, l'hôtelier et en général toute personne à la connaissance de qui viendrait une maladie contagieuse, d'en aviser dans les vingt-quatre heures l'autorité représentée par un médecin.

La liste des maladies comprend : variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, typhus, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, suette miliaire, érysipèle, anthrax, morve, farcin, charbon, tuberculose, etc., et en général toute maladie susceptible de revêtir un caractère contagieux ou épidémique ; le médecin est laissé juge.

L'isolement est de rigueur pour toutes ces maladies, sauf la tuberculose. Désinfection sur place des linges ayant servi au malade, avant leur envoi à l'étuve, défense de les envoyer au blanchissage avant la désinfection. Désinfection de tous les objets possibles à l'étuve, de la chambre par pulvérisations et lavages antiseptiques. Désinfection gratuite pour les pauvres.

Défense de secouer les tapis au dehors, de jeter dans la rue les poussières et balayures qui devront être brûlées sur place après le départ des étrangers, obligation pour les hôteliers et logeurs de faire pratiquer la désinfection des chambres.

Baraquements provisoires lorsque les cas d'une maladie contagieuse se multiplient pour permettre de pratiquer un isolement rigoureux.

Le tout à l'égout est pratiqué à Monaco.

L'eau est une eau de source amenée par une conduite souterraine ; la surveillance des écoles est pratiquée en cas d'épidémie au début.

Heureux petit pays ! une telle organisation ne peut bien fonctionner que dans une région restreinte où la surveillance est facile, et où il n'y a pas de pauvres.

IX

SECOURS AUX BLESSÉS

Nous ne donnerons que l'énumération des vœux adoptes par le congrès à ce sujet :

Le 8e Congrès international d'hygiène et de démographie reconnaît les services jusqu'à présent rendus par les pompiers dans le domaine de l'humanité demandant une assistance ; il émet le vœu très vif que les pompiers étendent et renforcent l'action par eux commencée de coopérer comme « premier secours » dans le service de sauvetage et d'assistance, dans les accidents de toute nature, comme aussi dans le service sanitaire en général.

I. Que toutes les corporations s'occupant du service de sauvetage, du service sanitaire et du service d'assistance publique doivent se réunir en un ensemble bien organisé, tout en conservant pleinement l'autonomie de chaque corporation en ce qui concerne sa mission particulière :

1° Afin de faire valoir aussi bien que possible les principes qu'elles représentent et de procurer ainsi les avantages du Samaritanisme aux cercles les plus étendus de la population ;

2° Afin de réaliser dans l'intérêt général des devoirs plus étendus par la réunion de puissants moyens moraux et matériels ;

3° Afin de soutenir et d'encourager, moralement et matériellement, les différents participants à la fédération samaritaine, là où leurs forces isolées ne sont pas suffisantes.

II. — Que cette organisation soit réalisée dans toute son étendue, d'une façon indépendante, dans chaque différent État.

III. Il ne convient pas de procurer gratuitement aux personnes aisées le service d'établissements humanitaires qui sont soutenus en tout ou en partie par des moyens publics.

IV. Aux personnes incapables de payer, revient le secours gratuit dans tout le cercle de l'activité de l'assistance volontaire organisée. En ce qui concerne cependant les secours sanitaires octroyés aux indigents, l'assistance volontaire organisée doit en être indemnisée par l'État ou par le corps permanent d'administration.

V. L'assistance volontaire organisée doit, fondamentalement, être toujours considérée comme un complément de la sollicitude obligatoire de l'État.

VI. L'assistance volontaire organisée peut, par convention, enlever à l'Etat certains services de secours et devenir ainsi organe de l'État pour lesdits services de secours.

VII. Que les Associations samaritaines soient invitées à étendre leur cercle d'action jusqu'à soigner à domicile certains malades pauvres qui, vu la nature de leur maladie ou par suite de leurs conditions de famille, n'ont pas absolument besoin du traitement hospitalier, mais auxquels il faut tout de même des soins et des secours dans leur demeure.

X

HYDROTHÉRAPIE

Les principes de l'école lyonnaise ont été largement adoptés et approuvés. L'eau froide est un puissant moyen thérapeutique qui, convenablement appliqué, produit de remarquables effets.

Scientifiquement, on ne doit pas parler d'*inconvénients* de l'eau froide, vu que ceux-ci sont dus à des fautes d'indication ou d'exécution. C'est pour cela que, si l'on veut conjurer ces inconvénients, on doit commencer par instruire les nouvelles générations de médecins de l'hydroiatrie.

M. *Cacheux*, de Paris, préconise l'emploi des eaux de condensation des machines à vapeur pour l'établissement de bains populaires à bon marché.

M. *Boleman Stephan* demande l'adoption des vœux suivants :

I. — Il est à désirer que les rapports statistiques de la fréquentation des stations balnéaires embrassent non seulement les villes d'eaux minérales, mais toutes les stations balnéaires et climatériques et qu'ils soient dressés également dans tous les pays d'après les mêmes principes, notamment d'après la formule ci-après :

a) Classification des stations : 1° thermes simples ; 2° eaux calciques ; 3° eaux sulfurées ; 4° eaux ferrugineuses ; 5° eaux alcalines ; 6° eaux salines ; 7° de sel amer ; 8° établissements hy-

drothérapiques ; 9° stations climatériques ; 10° bains de mer ; 11° stations d'hiver.

b) Nombre des visiteurs stables, cumulé pour chacune des catégories ci-dessus énumérées.

c) Nombre des visiteurs de passage, relevé par catégorics dc bains, de même que les visiteurs stables.

d) Total des visiteurs stables et de passage relevé dans une année pour toutes les stations balnéaires d'un pays.

II. — Il est à désirer que les relevés du mouvement des stations balnéaires, dressés de cette manière, soient rédigés et publiés tous les deux ans par les Congrès internationaux d'hygiène et de démographie. Le Comité qui prépare le Congrès serait chargé de cette tâche. —

Le congrès a été clôturé le 9 septembre. Le siège du prochain congrès a été fixé à Madrid (1).

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le cas du Dr Lafitte.

Nous continuons les extraits des lettres qui nous parviennent :

Monsieur le Directeur,

Ce n'est pas seulement une question de solidarité qui est en jeu, c'est une question de sauvegarde, car il n'existe pas un seul médecin en France qui puisse se croire à l'abri de la justice, après la condamnation du Dr Lafitte.

Quand un médecin est jugé à propos de son art, ce ne sont point les premiers venus qui devraient composer le jury ; il faudrait un jury spécial formé d'autres médecins, qui seuls peuvent comprendre quelque chose à l'affaire. Dr S...

Mon cher Confrère,

Je vous envoie de grand cœur les deux pétitions, mais réussirons-nous mieux que par le passé ? Les précédents veulent que le sort du Dr Lafitte soit lié à celui de la drôlesse qui l'a accusé et, paraît-il, on ne peut gracier l'innocent sans gracier du même coup la coupable. — C'est du moins ce que m'a affirmé un homme qui touche de près la justice. — En outre, toujours d'après la même personne, il y a peu d'exemples que la grâce soit immédiatement accordée, et généralement, il faut que le condamné ait subi la moitié de sa peine !

Pauvre confrère ! Il faut que tout, depuis le commencement de cette affaire, se tourne contre lui. Dr F...

Mon cher Ami,

Nous avons été des premiers à demander que le médecin coupable de prostituer sa science et son habileté puisse être privé du droit d'exercer la médecine. Si donc nous nous élevons contre la condamnation du Dr Lafitte, nous avons quelque droit d'être écoutés, et on nous concèdera bien que nous sommes, en la matière, aussi compétents que les douze jurés qui l'ont condamné. Et pour ne pas vexer le parquet de Seine-et-Oise, pour ne pas contrarier le juge d'instruction, pour ne pas avouer enfin que la justice, comme toute institution humaine, est sujette à l'erreur, on laissera un innocent pâtir pour un crime qu'il n'a pas commis !

C'est impossible... et pourtant ! — Je ne crois plus à rien. Dr G...

Mon cher Directeur,

L'avocat de la fille X..., en récusant le médecin tiré comme membre du jury, a fait son métier — jolie besogne !

S'il ne l'eût pas recusé, l'avocat général l'aurait certainement fait — encore du métier !

Nous voyons partout acquitter les attentats à la pudeur, viols, infanticides......, etc...

Mais quel bonheur qu'on puisse se rattraper sur un médecin !..... Dr R...

Monsieur le Directeur,

Dernièrement, à propos du rejet du pourvoi du Dr Lafitte, un magistrat disait à un membre de la presse qu'il faudrait en arriver à constituer un jury d'appel en matière criminelle.

Tout le monde est, je crois, de cet avis.

Mais serait-ce une garantie suffisante ? — Nous savons tous comment est constituée la liste du jury : les garanties qu'il pourra présenter aux inculpés sont le moindre souci de ceux qui la dressent. Il faudrait tout d'abord reviser le mode de constitution du jury. Dr M...

Mon cher confrère,

Le pourvoi du Dr Lafitte rejeté, il ne nous reste qu'à protester d'une manière éclatante et pratique. C'est à la grande famille médicale à réparer dans la mesure du possible le tort considérable fait aux enfants de ce malheureux confrère...... Dr P.....

Monsieur et cher Confrère,

Après la décision de la Cour de Cassation qui consacre l'erreur judiciaire dont a été victime notre estimable confrère le Dr Lafitte, je viens joindre ma voix à celle de tous les médecins de France pour la formation du dossier de protestations que vous devez présenter au Président de la République.

Outre l'intérêt que nous avons tous à réagir contre une jurisprudence qui nous exposerait bientôt, sans défense, au chantage et à la calomnie, je considère particulièrement comme un devoir de participer à la défense de notre excellent confrère. Je l'ai connu personnellement et j'ai trouvé en lui toujours un homme aimable, modeste et travailleur, un bon père de famille, un brave et honnête médecin dont les hauts faits en Tunisie étaient presque ignorés et attendaient timidement leur juste récompense... Dr H....

Monsieur le Directeur,

Je n'hésite pas une seconde à signer et à vous adresser les deux pétitions en faveur du Dr Lafitte. On ne doit jamais étouffer le cri de la justice véritable et de la conscience et c'est le cas ou jamais pour un homme, pour un médecin surtout, d'appliquer la maxime : *Fais à autrui ce que tu voudrait qu'il te fût fait à toi-même......*

A l'avenir, j'enverrai promener ailleurs les clientes de cet acabit. Dr F.....

Monsieur le Directeur,

Le Dr Lafitte n'est pas deshonoré par cette condamnation brutale..... Les histoires de Lafitte, Cabrol, Watelet et autres confrères apprennent à faire connaître ce qu'est la justice à ceux qui ont le bonheur de l'ignorer. G....

Mon cher Confrère,

...... Ce que je tiens à signaler, c'est le contraste qui existe entre la facilité avec laquelle la magistrature paraît croire à la culpabilité du médecin, sans la moindre apparence et quand il est dans l'exercice de ses fonctions régulières, avec cette autre facilité avec laquelle sont absous les infanticides, les avortements même commis par des femmes qui avouent et qu'on acquitte, sous prétexte de bons antécédents..... L'énormité du déni de justice dont est victime le Dr Lafitte ne sera-t-elle pas l'occasion d'une réforme judiciaire si ardemment souhaitée ? Dr B...

Caveant Medici !...

La lamentable aventure du Dr Lafitte comporte des enseignements dont nous devons bien nous pénétrer. Un médecin honorable, père de famille, estimé de tous, est, un beau jour, appréhendé, retenu en prison préventive sur une sim-

(1) Compte rendu d'après la *Médecine moderne.*

ple dénonciation, puis traîné devant la Cour d'assises et condamné à trois ans de prison. Son innocence ne fait de doute pour personne : ni pour les experts, qui ont examiné l'affaire, ni même, paraît-il, pour les magistrats qui l'ont condamné. Mais le jury s'est prononcé, et notre malheureux confrère a été la première victime de ce nouveau courant d'opinion qui semble désigner le médecin à la vindicte publique. Deux jurés avaient dit : « Ah ! il y a un médecin dans l'affaire, nous le salerons ! » Ces jurés ont été récusés, mais comme il ne faisaient que traduire tout haut la secrète pensée de tous, les autres ont « salé ». D'où vient cet « esprit nouveau » si malveillant, cet état d'hostilité à l'égard du médecin ? Les causes en sont certainement multiples et chacun de nous peut les interpréter à sa guise. Ce qui est indéniable, ce sont les mauvaises dispositions de l'opinion publique vis-à-vis du médecin en général. Dans la presse, dans la littérature, au théâtre, nous voyons maintenant le médecin, représenté comme un exploiteur des misères humaines, capable de toutes les vilenies, suspect de toutes les compromissions. On ne se contente plus, comme au temps de Molière, de le tourner en ridicule : on l'attaque dans son honneur professionnel, dans sa dignité morale. C'est un perpétuel accusé que tout le monde charge et que personne ne défend, il serait puéril de méconnaître les dangers qui résultent pour nous d'un pareil état de choses. Le Dr Lafitte vient d'en faire la cruelle expérience : il a été sacrifié, victime, non de la justice, mais de l'opinion. Ne l'oublions pas ; nous sommes plus que jamais à la merci d'une dénonciation calomnieuse, et il semblerait qu'un passé irréprochable, fût-il tout d'honneur et de dévouement, ne fait plus hésiter la main qui peut, d'un trait de plume, briser notre vie et nous jeter en pâture à la malveillance publique. *Caveant medici !...*

Dr H. M.

(*Année médicale de Caen.*)

Encore la médecine des frontières.

Le Dr Jesty, dans le n° du 6 octobre, n'est pas de mon avis sur l'exercice de la médecine par les étrangers en France.

Je concluais, après l'examen minutieux des textes de la loi Chevandier et des conventions internationales, à l'égalité de traitement entre les médecins français et étrangers, c'est-à-dire, la production du diplôme de docteur en médecine français.

Dans la séance du *bureau de l'Union des Syndicats* du 3 septembre dernier, je fus chargé de demander, à des jurisconsultes, si cette manière de voir était fondée, au point de vue du droit international.

J'ai déjà les réponses de deux d'entre eux ; Les voici.

La première est d'un docteur en droit, avocat général.

Il m'écrit : « Mon cher ami, votre doctrine est la seule juridique. Du reste, en thèse générale, les étrangers sont soumis à toutes les lois de police et de sûreté, cette expression étant prise dans son sens le plus générique, et la plupart des traités, j'oserais presque dire *tous*, ont une clause pour le rappeler bien que cela soit surabondant. Or ces lois sont les lois existantes et celles qui seront promulguées postérieurement au traité. Aussi bien les termes de la loi *Chevandier* que vous rappelez sont-ils clairs, non moins que ceux des traités intéressant nos voisins du Nord-Est ».

La seconde est également d'un docteur en droit et docteur en médecine en même temps.

« Ta thèse, mon cher, est complètement juridique. Elle repose sur deux textes qu'il suffit de rapprocher : 1° La loi Chevandier, art. 5, 2° Les conventions de 1880 et de 1881, qui soumettent les médecins aux lois et aux règlements des pays où ils exercent.

Quant aux médecins étrangers, non docteurs en médecine français, déjà autorisés *nominalement*, à exercer en France, ils pourront continuer à exercer, mais comme tu le fais très bien ressortir, qui dit autorisation, dit faveur, et par conséquent cette autorisation peut toujours être retirée. »

Fort de ces deux consultations juridiques, je maintiens mes conclusions.

Dr H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Union des Syndicats.

Nantes, le 16 octobre 1894.

A Monsieur le docteur Cézilly, directeur du *Concours Médical.*

Dans le dernier numéro de votre journal, vous avez publié une lettre qui m'a été adressée par M. le docteur Lécuyer, en la faisant précéder et suivre de considérations destinées à jeter le discrédit sur les actes des membres du Bureau de l'Union.

Certain d'être l'interprète de mes collègues, je proteste contre vos insinuations malveillantes, renvoyant vos lecteurs au prochain Bulletin de l'Union des syndicats médicaux qui contiendra tous les renseignements nécessaires pour édifier les membres de notre association.

Je vous prie d'insérer cette lettre dans le premier numéro de votre journal.

Agréez, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Président de l'Union,
Dr L. Porson.

Nous n'insinuons jamais : nous avons dit et nous répétons que l'extrémité fort pénible, à laquelle l'honorable Dr Lécuyer se plaint d'avoir été réduit, est profondément regrettable. Nous ne dénaturons pas les actes de l'Union des syndicats ; nous blâmons, lorsqu'il y a lieu. Nous préférons louer, attachés que nous sommes, plus que qui que ce soit, à sa prospérité.

A. C.

Syndicat médical du Loiret.

27 juillet 1894.

Présents : MM. Lambry, *Président* ; Chipault, *Vice-Président* ; Gassot, *Secrétaire* ; Beaurieux, Berty, Boulle, Breitman, Chaignot (d'Orléans) Chopard, Cœur, Courtade, Denance, Dufour, Dupont, Geffrier, Halmagrand, Henriot, Hyvernaud (d'Olivet), Hyvernaud (de Beaugency), Lepage, Martin, Moreau, Mounier, Naudin, Pélissier, Penot, Poirier, Popis, Rayneau, Renard, Richard, Rocher, Rousseau, Sadrain, Vacher, Veillard (de Meung).

Excusés : MM. Boutet de Monvel, Doret, Fougeu, Lauret, Morand, Nouët, Patron, Tartarin, Sutils, Venot.

M. le Président Lambry ouvre la séance, et fait l'éloge des confrères décédés au cours de l'année 1893-1894. Il souhaite la bienvenue aux nouveaux membres.

Ce n'est pas seulement en nombre, c'est aussi en autorité que s'accroît notre Syndicat : notre or-

ganisation a servi de guide à plusieurs syndicats, de modèle à d'autres. A qui devons-nous ce succès ? — Au concours de tous, à l'autorité de nos maîtres, à l'organisateur puissant qui, dans sa vie médicale si active, sait nous réserver une part généreuse.

Nous avons encore apprécié cette année la valeur de son inépuisable collaboration à l'occasion de ce grave problème de l'Assistance médicale.

Donner satisfaction à tous — à ceux qui souffrent d'abord, en s'inspirant simplement des traditions dont s'honore le corps médical ; ensuite aux Pouvoirs Publics à qui incombe le soin de réglementer cette assistance dans la limite très restreinte que lui imposent les nécessités budgétaires ; à nous tous enfin, Messieurs, en assurant au règlement le caractère que nous souhaitions — telle a été la tâche que s'est imposée notre secrétaire général Gassot.

Il saisissait le Conseil syndical de la question d'assistance médicale dès 1890, et, à l'Assemblée générale du 6 juillet de la même année, il présentait sur le projet de loi une étude critique à laquelle vous avez donné l'assentiment le plus complet.

Des délais étaient à prévoir : une loi de cette importance n'est pas votée en quelques jours. — Il convenait pourtant de se mettre en mesure. Aussi les Cercles étaient-ils saisis de la question et notre secrétaire allait, dans toutes les réunions, solliciter l'avis de ses confrères et s'éclairer sur les desiderata qu'ils avaient à formuler.

Les résolutions des Cercles étaient à leur tour examinées par le Conseil syndical et condensées en un projet unique, qui était adopté par l'Assemblée générale du 26 juillet 1891.

On pouvait croire que les Conseils généraux seraient saisis de l'organisation du service d'assistance dès leur session d'août 1893 : il fallait donc se hâter de préparer un projet de règlement. Mais dans le Loiret nous étions prêts et il suffisait de traduire en articles les résolutions que nous avions prises. C'est ce que fit notre confrère.........

L'ajournement à 1894 permit de soumettre encore une fois ce projet à votre examen et notre secrétaire reprit ses pérégrinations dans les quatre Cercles, tant pour recueillir les impressions sur l'économie du règlement, que pour s'entendre sur les détails de son fonctionnement.

Aucun point n'a donc été passé sous silence et actuellement nous pouvons dire que l'organisation future est prête à fonctionner. Nous ne savons si nous obtiendrons tout ce que nous demandons, bien que pour nous ce semble être un minimum ; mais, quoi qu'il arrive, nous pouvons avoir la certitude que tout le possible aura été tenté et que rien n'aura été négligé pour la défense de nos intérêts........

....

Après cette allocution vigoureusement applaudie, M. Gassot, secrétaire, donne lecture de son rapport sur les travaux du syndicat pendant l'année qui a pris fin au 30 juin 1894.

Ce rapport constate que le nombre des membres s'élève à 105 et que l'activité du syndicat ne s'est jamais ralentie un seul instant. L'année 1893-1894 a été une année de travail, l'année qui s'ouvre sera une année de succès.

Union des Syndicats.

Le Président rappelle que la question de l'adhésion à l'Union des Syndicats avait été réservée jusqu'après le vote ferme des statuts de cette Union. Or, les statuts votés à l'Assemblée générale du 19 novembre 1893 assurent aux syndicats les plus nombreux et en particulier au syndicat de la Seine des avantages, au point de vue de la représentation, tels que les intérêts des syndicats moins nombreux seront forcément sacrifiés. L'avenir de l'Union étant désormais entre les mains du Syndicat de la Seine, le Conseil syndical propose à l'Assemblée de refuser formellement son adhésion à l'Union. Si l'avenir modifiait ses pressentiments, il serait toujours temps de modifier sa détermination.

La proposition du Conseil Syndical est adoptée et le Syndicat médical du Loiret n'adhérera pas à l'Union des Syndicats.

Intervention vis-à-vis des tiers.

L'Assemblée adopte le règlement suivant concernant l'intervention du Syndicat vis-à-vis des tiers :

Art 1er. Tout membre qui veut provoquer l'intervention du Syndicat, contre des tiers, doit déposer entre les mains du Président de son cercle, une plainte écrite et signée, dans laquelle il relate, avec les détails suffisants, les faits sur lesquels il appuie sa plainte.

Il y joint tous les documents qu'il juge convenable.

Art. 2. Le Bureau du Cercle, dans le délai d'un mois, fait l'enquête nécessaire et y joint son opinion motivée.

Si l'affaire est peu importante, et d'intérêt purement local, il la soumet à la réunion du Cercle d'arrondissement, qui se réunit dans un délai d'un mois également et prend les mesures nécessaires.

Si l'affaire peut entraîner la responsabilité du Syndicat, il la renvoie au Conseil Syndical qui seul peut engager cette responsabilité.

Ce renvoi est également de droit, s'il est réclamé par les intéressés.

Art. 3. L'intervention du Syndicat devant les tribunaux, si elle est jugée nécessaire par le Conseil Syndical, peut être directe ; le Syndicat entre alors nommément en cause.

Elle peut être indirecte, le Syndicat se bornant à assumer les frais de l'Instance engagée par les membres.

Exercice illégal.

L'Assemblée ratifie ensuite une décision prise par le Conseil Syndical contre deux curés, qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, d'une manière scandaleuse, tenant clinique ouverte et hospitalisant les malades dans les auberges du voisinage.

Elle approuve les termes d'une lettre qui sera envoyée au nouvel Evêque d'Orléans, espérant que cette démarche conciliatrice fera cesser cet exercice illégal, sans qu'il soit besoin de recourir aux mesures de rigueur.

Association amicale.

M. le vice-président Chipault rappelle que l'an dernier, le Syndicat avait adopté un projet de création d'une œuvre indemnité-maladie, mais que sa mise en vigueur avait été ajournée de manière à permettre l'adhésion à une œuvre plus vaste, si elle était créée.

L'Association amicale des médecins français s'est créée, elle fonctionne et paraît absolument digne d'attirer la sérieuse attention du corps médical.

M. Chipault analyse rapidement les statuts et montre l'économie de l'institution ; il propose, au nom du Conseil syndical, d'abandonner le projet d'organisation particulière et de se rallier à l'Association amicale.

Cette proposition est adoptée.

M. Gassot demande à l'Assemblée de vouloir bien procéder à l'organisation pour le Loiret.

Sont nommés :

Délégué départemental : M. le Dr Chipault, d'Orléans.

Correspondants : MM. Heurteau (Fay-aux-Loges), Defaucamberge (Gien), Tartarin (Bellegarde), Poirier (Châteaurenard), Henriot (Montargis), Augé fils (Pithiviers).

Assistance médicale gratuite.

M. Gassot résume toutes les discussions antérieures sur cette question. Le projet de règlement pourra être modifié dans sa forme, mais il est accepté quant au fond par l'Administration. Les détails seront réglés conformément aux désirs du Syndicat.

Sur l'interpellation d'un membre, M. Gassot répond que la dépense, pour le département du Loiret ne sera pas inférieure à 85,000 francs.

L'Assemblée générale approuve toutes les mesures antérieurement adoptées.

Déclarations à l'officier de l'État civil.

L'Assemblée générale prend les décisions suivantes en ce qui concerne les déclarations à l'officier de l'État civil :

Art. 1er. — Le médecin, appelé pour constater le décès d'un nouveau-né, à la naissance duquel il n'a pas assisté, doit, s'il a des soupçons d'infanticide, se récuser d'une manière absolue.

Il n'a pas à déclarer la naissance. Il ne doit pas constater le décès.

Art. 2. — S'il est requis ultérieurement pour une constatation officielle, il doit pareillement se récuser en invoquant le secret professionnel.

Certificats de blessures.

L'Assemblée générale adopte le règlement suivant au sujet des certificats de blessures :

Art. 1er. — Le médecin appelé auprès d'un blessé ou d'un malade, à l'expiration d'une période d'inactivité, jugée nécessaire par le confrère traitant, doit absolument refuser tout certificat constatant la nécessité fausse ou réelle d'une prolongation d'incapacité.

Art. 2. — Il doit renvoyer le malade à son médecin traitant et, dans tous les cas, refuser tout témoignage avant d'avoir reçu l'avis de son confrère préalablement informé et consulté à ce sujet, et s'être mis d'accord avec lui.

Art. 3. — Dans aucun cas, un médecin ne peut s'en rapporter au dire d'un blessé et certifier autre chose que ce qu'il constate lui-même directement.

Exercice de la Pharmacie.

L'Assemblée proteste, énergiquement, contre le texte de loi élaboré par la commission sénatoriale et déclare donner son approbation pleine et entière à la circulaire envoyée aux membres de cette commission par le Bureau de l'Union des Syndicats.

Approbation des comptes.

Les comptes de l'année sont approuvés à l'unanimité.

L'actif du Syndicat s'élève à la somme de 3.282 fr. 80.

Bureau.

Il est procédé à l'élection d'un Vice-Président pour l'année 1894-1895.

M. le Dr Patron, de Gien, est élu par 32 voix sur 37 suffrages exprimés.

M. le Dr Gassot, de Chevilly, est prorogé par acclamations dans ses fonctions de secrétaire-trésorier pour une période de deux années.

M. le Dr Chipault, Vice-Président sortant, passant de droit à la Présidence, le Bureau du Syndicat pour l'année 1894-1895 se trouve ainsi composé :

Président : M. le Dr Chipault, d'Orléans.

Vice-Président : M. le Dr Patron, de Gien.

Secrétaire-Trésorier : M. le Dr Gassot, de Chevilly.

Affaire litigieuse.

M. le Dr Richard fait une communication au sujet d'une difficulté survenue entre lui et un de ses clients pour un règlement d'honoraires. Il demande l'avis du Syndicat.

Après discussion, l'Assemblée générale prend une série de résolutions, dont la rédaction définitive est confiée à une commission de trois membres.

Sociétés coopératives de consommation.

M. le Dr Geffrier fait une communication au sujet de ces Sociétés, qui ont la prétention de fournir les soins médicaux à leurs clients et ce dans des conditions absolument inadmissibles.

Cette question est renvoyée à l'étude des cercles.

Médaille au Président.

Le Secrétaire remet à M. le Dr Lambry, Président sortant, la médaille commémorative de son élection et lui adresse les paroles suivantes :

Monsieur le Président,

Plus que personne vous auriez pu hésiter à entrer dans notre Association syndicale, lorsqu'en 1882 nous l'avons fondée, car nous avions été desservis près de vous autant qu'il est possible. Mais votre caractère, tout de droiture et de loyauté, s'est refusé à admettre un seul instant que des médecins, réunis en assemblée confraternelle, pussent avoir d'autre but que la moralisation de la profession et la défense de ses intérêts les plus légitimes. Vous êtes venu à nous l'un des premiers.

Désigné par vos collègues du cercle de Montargis, vous êtes, dès le premier jour, entré au Conseil syndical, où vous n'avez cessé de siéger et où vous vous êtes, en dépit de l'éloignement, montré un des membres les plus assidus.

Nous avons été heureux, croyez-le bien, de pouvoir reconnaître votre dévouement à l'œuvre commune, comme aussi le haut sentiment de dignité professionnelle que vous n'avez cessé de représenter, parmi nous, en vous appelant à la Présidence du Syndicat, et, si vous nous conservez une reconnaissance profonde pour l'honneur qui vous a été fait, nous garderons, nous, le meilleur souvenir de notre choix.

La médaille commémorative que je vous remets, en vous adressant les remerciements du Syndicat tout entier, témoignera qu'en dépit des prophètes de malheur, tout n'est pas mauvais dans les Assemblées médicales : vous saviez y rencontrer des confrères estimables, vous savez maintenant que vous y rencontrez aussi des amis reconnaissants.

(Triple salve d'applaudissements.)

REPORTAGE MÉDICAL

On a inauguré, le 30 septembre dernier, à Bruyères (Vosges), un monument à *Villemin*, le médecin éminent qui a le premier démontré la nature microbienne de la tuberculose et la contagiosité de cette maladie. C'est notre confrère M. Viger, ministre de l'agriculture, qui a présidé cette inauguration.

— On annonce que *Sir Joseph Lister*, le père de l'antisepsie chirurgicale, quoi qu'en disent certains envieux, va prendre sa retraite à la fin de cette année. Une souscription est ouverte par ses élèves et

admirateurs pour lui offrir un cadeau d'adieu digne de sa grande renommée.

Ce sera, paraît-il, son portrait.

— *Les tapis d'Orient et les infections qu'ils introduisent dans les appartements.* — Personne n'ignore la malpropreté extrême des orientaux, qui confectionnent les splendides tapis dont nous ornons nos appartements. Les poussières et les débris, souvent les plus infectieux, sont inconsciemment répandus et emmagasinés en quelque sorte dans ces tapis, par les ouvriers orientaux qui les confectionnent.

Et nous nous étonnons après, de voir éclater dans nos familles des épidémies de tuberculose, de diphtérie, de scarlatine, etc.

Le Conseil d'Hygiène vient enfin de songer à ces causes d'infection si dangereuses et en même temps si peu soupçonnées.

On va dorénavant procéder à la désinfection de tous ces tapis, avant de les introduire dans le commerce.

Cette mesure est très certainement opportune, et nous ne pouvons qu'y applaudir. Toutefois, nous ferons bien, chacun en particulier et pour plus de sécurité, de conseiller à nos clients de faire pratiquer cette désinfection après achat.

— *Les certificats réclamés par les indigents aux médecins des Bureaux de bienfaisance.* — De nombreuses réclamations et de fréquents embarras surviennent sans cesse aux médecins des bureaux de bienfaisance au sujet de certificats pour placement d'aliénés et pour affaires médico-légales. Le règlement concernant les placements dans les asiles d'aliénés du département de la Seine, stipule formellement que les demandes d'admission doivent être accompagnées d'un certificat de médecin sur une feuille de papier timbré de 0 fr. 60. D'autre part, l'administration de l'assistance publique ne met à la disposition de ses médecins, que des imprimés spéciaux pour constater des cas de maladie ou d'infirmités.

Or la Société des Bureaux de bienfaisance vient de résoudre, une fois pour toutes, cette question de concert avec l'adminisiration :

« La Société, après avoir entendu les explications de plusieurs de ses membres relativement à la délivrance des certificats d'aliénation mentale et d'internement, est d'avis que les médecins du Bureau de Bienfaisance doivent se conformer au règlement de l'Assistance publique, et, par conséquent, refuser la délivrance de ces sortes de certificats qui n'entrent pas dans leurs attributions. »

De même doivent être aussi refusés ceux que les indigents réclament pour des actions en justice, pour exemption du service militaire, etc. En ce qui concerne les aliénés qui sont la cause de troubles pour l'ordre public, c'est au commissaire de police d'intervenir.

— Le préfet de la Seine vient d'instituer un concours, à l'effet de déterminer les meilleurs moyens à employer, pour supprimer ou diminuer la fumée des foyers des chaudières à vapeur.

Le dépôt des propositions devra être effectué avant le 1er novembre 1894, dernier délai.

Il sera décerné, s'il y a lieu, aux auteurs des meilleurs procédés, trois primes dont une de 10,000, une de 5,000 et une de 2,000 francs. En outre, les appareils primés pourront être acquis par la ville de Paris.

— *Un des effets de la loi Chevandier.* — Un masseur, docteur en médecine de la Faculté de Stockholm, c'est-à-dire exerçant tout à fait illégalement la médecine en France, était, malgré cela, jusqu'à cette année, patenté comme médecin consultant chez lui et au dehors et traitant les malades en plus grand nombre possible, bien entendu. Intervient la loi de 1892 et le masseur en question, se trouvant autorisé à pratiquer librement, s'empresse de réclamer et de refuser de payer patente, faisant alors ressortir qu'il n'est pas médecin et qu'il ne doit rien. Embarras du tribunal, suppression de la patente, et renvoi devant le préfet de la Seine, chargé de créer une nouvelle classe de patentables, car jamais le fisc ne doit perdre ses droits. Pour notre part, nous lui conseillerions d'instituer cette nouvelle catégorie de la façon suivante :

Reboutenrs, sorciers, magnétiseurs, somnambules, arracheurs de dents sur les places publiques et pédicures. (*Revue médicale*).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3946. — M. le docteur PIETTE, médecin à Sebon-court (Aisne), membre du Syndicat de Saint-Quentin.

N° 3947. — M. le docteur GRÉGOIRE, de Vermenton (Yonne), membre de l'Association des médecins de l'Yonne.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 4, RUE ANTOINE-DUBOIS

Libraire-Éditeur du « Concours » Médical

Vient de paraître :

Traitement des maladies par la gymnastique suédoise, par T.-J. HARTELIUS, professeur à l'Institut Central de Gymnastique de Stockholm. Traduction française de la troisième et dernière édition suédoise avec 100 figures intercalées dans le texte, par Emile FICK, lieutenant au 1er régiment d'artillerie de campagne de l'armée suédoise, diplômé de l'Institut central de gymnastique de Stockholm, et le Dr Charles VUILLEMIN, médecin-major de 2e classe à l'École normale militaire de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont. Volume de 360 pages. Prix : 6 francs.

Ce livre n'est qu'une traduction, mais elle est exacte, fidèle, méthodique et consciencieuse et elle vient combler dans notre littérature médicale une lacune importante signalée encore tout recemment par le docteur Fernand Lagrange, dont les travaux et la compétence sont connus en matière d'éducation physique et de cinésithérapie.

Désormais, il sera possible d'étudier, et de juger les vrais principes de la gymnastique suédoise si peu et si mal connue en France, puisque l'ouvrage du Docteur T. J. Hartelius, professeur à l'Institut central de gymnastique de Stockholm, est classique en Suède. Cette traduction est donc un exposé clair et précis de la Méthode de Ling.

La première partie décrit les attitudes, les positions de départ et les mouvements employés dans la gymnastique médicale. On se rend facilement compte de la variété des attitudes et de la gradation des mouvements, des moyens simples et pratiques de les doser, de les rendre à volonté doux ou pénibles, légers ou violents, et on comprend les ressources infinies que possède une gymnastique aussi rationnelle et véritablement physiologique.

La seconde partie n'est que l'application de la première au traitement des maladies ; elle indique les formules des mouvements applicables suivant les malades et suivant les régions. En consultant la table alphabétique des matières, il est facile de se reporter à la description de chaque mouvement prescrit et d'en faire l'application. Les pratiques recommandées, suivant les cas, peuvent supporter la critique du divin bon sens et les résultats obtenus ou promis sont dénoncés avec franchise et sincérité.

D'ailleurs, la gymnastique médicale suédoise a fait ses épreuves depuis longtemps. Pour s'en convaincre, inutile d'aller en Suède : il suffit de visiter les trois Instituts suédois de gymnastique médicale installés à Paris et dont les succès sont nombreux et incontestables.

En définitive, pour appliquer ce traitement gymnastique, que faut-il ? Quelques pièces de mobilier que l'on trouve partout et surtout un peu de confiance, de la bonne volonté et de la patience.

C'est dire que cet ouvrage que nous livrons au public peut être utile non seulement aux médecins, mais encore aux gens du monde, aux éducateurs de la jeunesse et aux familles.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 43 27 Octobre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

DÉMARCHES POUR LA GRACE du Docteur Lafitte.

La réunion du bureau de l'Association de la presse médicale, chez M. le professeur Cornil, jeudi dernier, a décidé que le Président, assisté de M. Haussmann, d'un accoucheur et du secrétaire général, rédigerait un rapport complet sur l'affaire Lafitte, afin de le soumettre à M. le Président de la République et à M. le Garde des Sceaux, afin d'éviter des retards déjà bien longs.

A cette date, en effet, M. le Doyen attendait encore d'être chargé d'un rapport médico-légal supplémentaire. Il fallait donc aviser.

Il a été décidé également qu'une note serait rédigée pour faire connaître à tous la très honorable carrière du Dr Lafitte, depuis sa sortie du collège, afin de répondre à des calomnies colportées, même dans le monde médical. On allait jusqu'à prétendre qu'il avait été condamné pour exercice illégal de la médecine ! Il fallait prouver l'inanité de ces assertions, dont aucune n'a le plus léger fondement.

On a pris les mesures nécessaires pour les audiences du Président de la République et du Garde des Sceaux auxquelles ont pris part M. le professeur Cornil, MM. Cézilly, Gilles de la Tourette, Baudouin, Me Haussmann et Me Gauthier de Clagny.

Lundi, à 10 h., chez M. Casimir-Perier, M. Cornil a demandé la grâce immédiate et entière et non une réduction de peine. Il a dit, avec éloquence, les faits de la cause, redressé les erreurs, fait toucher du doigt les lacunes de l'instruction. Tour à tour les divers membres ont ajouté quelques paroles et il a paru clairement que M. le Président de la République estimait se trouver en présence d'une situation, qui exigeait examen et décision rapide.

L'audience de M. le Garde des Sceaux n'a pas été moins intéressante ; on a insisté sur les points juridiques ; on a annoncé la publication du rapport élaboré, par tous les journaux qui voudront bien le reproduire.

M. le Ministre a paru vivement impressionné par les réponses de M. Cornil aux explications qu'il a réclamées.

Nous nous trouvons dans la disposition d'esprit qu'avait fait naître, en nous, le procureur général à la Cour de cassation : que la cassation s'imposait.

Nous estimons, en ce moment, que la grâce s'impose pleine et entière et sans délai.

Puisse notre espérance n'être pas encore une fois suivie d'une déception !

M. le professeur *Cornil*, en qualité de vice-président du *groupe médical parlementaire*, en a demandé la réunion, qu'il estime urgente, à M. le *sénateur Labbé*, afin d'aviser, si la grâce tardait trop, aux mesures que les représentants du corps médical jugeraient utiles pour faire triompher la cause de la justice. Il serait vraiment inique que cette situation puisse se prolonger. M. Lafitte a déjà fait, lui innocent, plus de trois mois de prison.

MÉMOIRE A CONSULTER

REMIS A

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

A L'APPUI D'UNE DEMANDE DE GRACE

En faveur de M. le Dr LAFITTE

PAR MM.

Haussmann et Gauthier de Clagny, ses conseils et défenseurs judiciaires;

Cornil, Cézilly et de Ranse, syndics de l'*Association de la Presse médicale* ;

Marcel Baudouin et Gilles de la Tourette, secrétaire général et membre de cette Association.

I. — Procédure.

A la fin de janvier 1894, le Parquet de Mantes recevait une lettre anonyme disant qu'une fille Chevalier, de Moissan, enceinte pour la troisième fois, cherchait à se faire avorter pour la troisième fois.

Le Parquet envoie le Dr Bonneau, seul, examiner cette fille ; le docteur constate qu'il y a eu accouchement et la fille Chevalier déclare qu'elle est tombée la veille d'une échelle et a fait une fausse couche. Le docteur, n'ayant pas de qualité pour faire une perquisition, demande où est le fœtus, et la fille répond qu'elle l'a jeté à la Seine pour que sa mère n'en sût rien.

Lorsqu'elle se trouve, quelques jours après, en présence des magistats, elle déclare que, lors de la visite du Dr Bonneau, le fœtus était dans la table de nuit et que, le lendemain, sa mère l'a jeté à la Seine. Elle ajoute qu'elle n'est pas tombée d'une échelle, mais qu'elle a reçu du Dr Lafitte (de Rosny) des breuvages abortifs et qu'elle a subi de sa part des manœuvres abortives.

Le Dr Lafitte, entendu, raconte comment cette fille lui a été présentée par une sage-femme, quel était son état, et quel traitement il lui a fait suivre. La fille Chevalier nie énergiquement avoir été amenée par la sage-femme. Plus tard, elle prétendra que la sage-femme a assisté au premier examen du Dr Lafitte et qu'elle tenait même son corset.

Toutes les pièces du procès et en particulier les rapports des experts médicaux fourmillent des mensonges de la fille Chevalier. Et, cependant, c'est uniquement sur les dires de cette fille que le Dr Lafitte a été poursuivi et condamné.

Un seul point pouvait paraître constituer une charge contre le Dr Lafitte : c'est que cette fille reconnaissait certains instruments.

Mais il ne faut pas oublier les termes de la lettre anonyme !

Pour l'instruction n'a-t-elle pas porté sur le passé de la fille Chevalier ? Pourquoi n'a-t-on pas recherché si elle s'était fait avorter antérieurement ? Si cela est exact, elle peut parfaitement connaître certains instruments et l'emploi du tampon. Et alors cet argument, qui est le seul, disparaît.

Une fille menteuse accuse un médecin de faits graves et on ne recherche pas ce qu'est cette fille ! On échafaude une accusation d'avortement, sans avoir le fœtus que la fille a fait disparaître !

A un autre point de vue, la situation du Dr Lafitte est bien étrange. On a reçu ses explications au commencement de février ; puis il n'a plus entendu parler de rien, lorsque, au mois de juillet, la gendarmerie est venue l'arrêter. Huit jours après, il était jugé et condamné.

Le Dr Lafitte savait que la fille Chevalier était arrêtée et accusée ; il avait été appelé à fournir au uge d'instru ction et aux experts des explications ; mais, à aucun moment, il ne s'est considéré comme un accusé.

Pourquoi, contrairement à toutes les règles, ne l'a-t-on pas appelé, à la fin de l'instruction, pour subir ce qu'on appelle « l'interrogatoire définitif » ? Pourquoi ne lui a-t-on pas fait savoir qu'il était considéré comme inculpé d'avortement ? Pourquoi ne lui a-t-on pas fait savoir que le dossier allait être transmis à la Chambre des mises en accusation ?

S'il avait connu cette situation, que tout accusé doit connaître, il aurait pu adresser un mémoire à la Chambre des mises en accusation, et celle-ci, si elle n'avait pas, sur ce mémoire, rendu un arrêt de non-lieu, aurait *certainement ordonné un supplément d'informations.*

Alors la lumière se serait faite ; on aurait eu des renseignements d'abord sur le passé excellent du Dr Lafitte, ensuite sur cette fille ; on aurait su si, oui ou non, elle avait déjà été enceinte et si elle s'était livrée autrefois à des manœuvres abortives.

II. — Analyse des expertises médico-légales contenues dans les pièces de la procédure.

Les poursuites contre la fille Chevalier ont été ordonnées à la suite d'une dénonciation par lettre anonyme, dans laquelle on l'accusait d'avoir fait trois avortements ; celui dont on a accusé le docteur Lafitte aurait été le troisième. Nous ferons remarquer que ni dans l'instruction, ni dans les questions posées aux experts, ni dans les rapports de ces derniers, il n'est, sur ce point, fait mention des antécédents de la fille Chevalier. Il eût été cependant nécessaire de rechercher la vérité à cet égard, non seulement au point de vue de la criminalité, mais aussi au point de vue de l'appréciation de l'état des organes génitaux, antérieur aux faits à sa charge. Or, nous ne savons nullement, d'après le rapport des experts, si cette fille, âgée de 27 ans, était bien réglée auparavant et quelle avait été sa vie sexuelle antérieure.

D'après ses propres affirmations, la fille Chevalier a accouché prématurément le lundi 29 janvier. M le Dr Bonneau, commis par le juge d'instruction du Parquet de Mantes, l'examine le 31 janvier ; il trouve les seins recouverts d'une épaisse couche de persil, qui, dans les préjugés populaires, aurait la propriété d'empêcher la montée du lait ; il constate que les seins, un peu tendus et légèrement veinés, laissent suinter au mamelon quelques gouttes de lait. Ces constatations corroborées par le volume de l'utérus, l'écoulement des lochies sanguinolentes, d'odeur assez forte, et par la dilatation du col, par l'aveu enfin de l'inculpée, lui permettent d'affirmer qu'il y a eu accouchement prématuré à quatre mois et demi à partir du début de la grossesse. M. le Dr Bonneau ne voit pas le produit de la conception, car la fille Chevalier lui dit qu'elle l'a jeté dans la Seine. Cette fille mentait, car le fœtus et le délivre se trouvaient, pendant la visite même du Dr Bonneau, dans son vase de nuit, ainsi qu'en a déposé la mère.

C'est cette dernière, en effet, qui l'a jeté, plus tard, dans la Seine, où il a été impossible de le repêcher. La pièce à conviction la plus essentielle, le placenta et le fœtus, font donc défaut, alors qu'il eût été si facile à l'instruction de la saisir. Sur ces points si importants : l'âge, la conformation, l'état de conservation ou de putréfaction du fœtus, l'état du délivre, etc., on n'a d'autres renseignements que ceux fournis par la fille Chevalier, et nous verrons, par le dire même des experts, qu'il est impossible d'y ajouter foi.

Le 2 février, la fille Chevalier confirme en ces termes son avortement à M. le juge d'instruction de Mantes :

« Je vais vous dire la vérité. Je suis accouchée clandestinement le 29 janvier, à la suite des drogues que j'avais prises pour me faire avorter ; le fœtus a été jeté à la Seine par ma mère. C'est la misère qui m'a fait commettre cet acte. »

Le 3 février, nouvelle enquête ; la fille Chevalier, pressée de questions, avoue que son avortement n'a pas été provoqué par elle-même, soit en se laissant tomber d'une échelle, soit en serrant son corset outre mesure, comme elle l'avait déclaré tout d'abord, mais bien par M. le Dr Lafitte (de Rosny), qui s'était livré sur elle à des manœuvres abortives. Elle décrit alors les tampons qui lui ont été introduits par le Dr Lafitte et la sonde à double courant dont il s'est servi. Elle ajoute qu'à sa dernière visite, il lui avait dit : « Voilà le cordon qui se pourrit (sic) ; venez lundi et tout sera terminé. » Toute l'accusation contre le Dr Lafitte est basée sur ces allégations, qui ont été longuement examinées par les experts et sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

La fille Chevalier s'était adressée à une sage-femme, Madame veuve Chappart, au commencement de novembre, et lui avait demandé si elle pourrait lui faire revenir ses règles en retard. Remarquons que la fille Chevalier nie d'abord énergiquement qu'elle ait jamais été chez la sage-femme. Celle-ci lui conseille de voir le Dr Lafitte et même l'y conduit.

Le Dr Lafitte a examiné la fille Chevalier au courant de janvier. Elle était anémique et elle a dit qu'elle avait eu une menstruation difficile au début, avec des irrégularités et des retards analogues à celui qu'elle accusait. Le Docteur a recherché les signes d'une grossesse commençante, sans en découvrir aucun de précis ; il a constaté l'existence d'une vaginite et de granulations du col de l'utérus ; il a fait un pansement simple et lui a prescrit des injections de tannin et des pilules d'arséniate de fer, médicaments qu'il lui a remis. La fille Chevalier est revenu cinq fois dans les mêmes conditions. Le Dr Lafitte a renouvelé les pansements et continué la médication martiale, en y ajoutant du vin de quinquina. Les pansements consistaient en injection désinfectante d'eau boriquée, légère cautérisation des granulations avec le nitrate d'argent et tampon de ouate boriquée.

En ce qui concerne les allégations de la fille Chevalier relatives à une sonde à double courant et aux tampons, le Dr Lafitte nie énergiquement. Il ne s'est servi pour les pansements utérins que de tampons de coton placés simplement dans le vagin et non dans l'utérus. Il n'a jamais tenu le propos : « Voilà le cordon qui se pourrit. » Ces paroles, ainsi que l'ont d'ailleurs reconnu les experts médecins, ne peuvent venir en effet à la bouche d'un médecin, car le cordon est inaccessible à la vue et au toucher et il est impossible de connaître son état au début d'une grossesse. C'est un dire de matrone et non de médecin. Notons qu'une perquisition faite le 5 février chez M. le Dr Lafitte n'a amené la découverte de rien de suspect.

Les experts, MM. les Drs Bonneau et Dupont, dans un rapport en date du 20 février ; M. le Dr Vibert, dans son rapport en date du 14 février 1894, décrivent de nouveau l'état de la fille Chevalier et répondent aux questions posées par M. le juge d'instruction et qui sont les suivantes :

1° Si la fille Chevalier porte, notamment sur le col de l'utérus, des traces de violence, indiquer la cause probable de ces violences, qui pourraient peut-être résulter de l'introduction, dans le col de l'utérus, de tampons ou éponges comprimées et séchées.

2° Si le traitement que M. le Dr Lafitte dit avoir ordonné pouvait procurer l'avortement ; si les injections avec la poire en caoutchouc et l'application de tampons, même en ouate, n'étaient pas une médication très imprudente.

3° Si, étant donné les explications techniques fournies par la fille Chevalier, il y a lieu de penser que l'avortement a été procuré par le docteur.

4° Le cas échéant, d'expliquer, en tenant compte des explications de la fille Chevalier, comment la fausse couche a pu se produire.

5° Enfin, comment il peut se faire qu'une fille de la campagne donne une description très exacte du tampon d'éponge comprimée et d'une sonde à double entonnoir.

1re *Question.* — La fille Chevalier est de petite taille, grêle de formes, au teint souffreteux et anémique ; ses seins sont peu développés, légèrement veinés ; du mamelon déprimé s'écoule une gouttelette de liquide lactescent. On constate sur le col entr'ouvert une exulcération rougeâtre, des granulations, un écoulement visqueux et opalin, une exulcération très légère du cul-de-sac vaginal, qui avait disparu déjà au moment de l'examen du Dr Vibert.

MM. Bonneau et Dupont affirment que les lésions circonscrivant l'orifice cervical ne sont pas le résultat de l'introduction dans le canal de tampons d'éponge comprimée.

M. Vibert constate qu'il n'y a ni piqûres, ni contusions, ni déchirures au col ; que l'orifice est bordé d'une zone assez régulière, rouge, granuleuse et légèrement exulcérée, ce qui répond plutôt à une inflammation chronique développée spontanément qu'à des lésions succédant à un traumatisme. Pour lui, l'introduction dans l'orifice du col, d'un tampon ou éponge comprimée pourrait à la rigueur occasionner une inflammation du canal cervical ; mais on ne comprend guère comment elle pourrait produire une inflammation localisée au pourtour de l'orifice, région, qui n'était pas touchée par le tampon.

2e *Question.* — A cette seconde question, à savoir si le traitement ordonné par le Dr Laffitte pouvait procurer l'avortement ou était tout au moins très imprudent, MM. Bonneau et Dupont répondent que ce traitement, à supposer que M. le Dr Lafitte ait soupçonné l'état de gestation, pouvait être un peu imprudent, mais était peu de nature à provoquer un avortement.

M. Vibert dit que le diagnostic de vaginite et de granulations du col, fait par M. le Dr Lafitte, était probablement exact, d'après ses propres constatations, et que le traitement prescrit était en conformité avec ce diagnostic et parfaitement correct ; que, même dans l'hypothèse que la fille Chevalier fût enceinte, ce traitement ne pouvait être considéré comme très imprudent ; pour lui, ni le lavage du col à l'eau boriquée ou tannique, ni l'application du tampon de ouate à la surface du col, ni une cautérisation légère au nitrate d'argent, ne sont des manœuvres capables de provoquer l'avortement, à moins qu'il ne s'agisse d'une femme d'une impressionnabilité exceptionnelle.

3e *Question.* — M. le juge d'instruction demandait si, étant donné les explications fournies par la fille Chevalier, il y a lieu de penser que l'avortement a été procuré par le Dr Lafitte.

C'est là le point le plus important du débat et pour ainsi dire le nœud de la question. La fille Chevalier affirme en effet que, dans les visites du 15 et du 23 janvier, le docteur Lafitte a introduit dans l'utérus un tampon paraissant être de l'éponge comprimée et que de plus il a fait pénétrer dans la même cavité une sonde à double courant, sans liquide dans son intérieur, mais dont l'introduction a été suivie d'une abondante hémorrhagie, procédés avec lesquels on arrive toujours à provoquer un avortement.

Mais on doit se demander tout d'abord comment dans le décubitus d'une femme examinée au spéculum, celle-ci peut se rendre compte des opérations, dont elle est l'objet. Elle peut voir un tampon, avant que le médecin l'introduise dans le vagin ; mais elle ne peut savoir où l'opérateur le place, si c'est dans le vagin ou dans l'utérus. Elle peut apercevoir sur la table du médecin une sonde ; mais elle ne le voit pas s'en servir et ne peut juger, s'il l'emploie, et surtout s'il l'introduit dans la ca-

vité vaginale ou dans la cavité utérine, car il n'y a pas de sensibilité de contact propre à chacun de ces organes. La malade ignore en pareil cas ce qu'on lui fait.

Ainsi que le disent les experts, la dilatation du col à l'aide d'éponge préparée ou de laminaire occasionne des douleurs parfois intolérables pendant tout le temps qu'elle se produit, c'est-à-dire plusieurs jours ; or la fille Chevalier n'a absolument rien senti pendant qu'elle avait gardé ces deux prétendus tampons appliqués le 15 et le 23 janvier, c'est-à-dire jusqu'au 29 pour le dernier, en tout quatorze jours. Le second tampon, d'après son affirmation, plusieurs fois répétée, avait été plus petit que le premier. Or, c'est le contraire qui aurait eu lieu, si le docteur Lafitte avait voulu compléter la dilatation par un second tampon et pratiquer un avortement par le procédé de la dilatation.

Ce second tampon serait resté accolé au cordon ombilical, d'après la déclaration de la fille Chevalier, qui l'aurait fait brûler. Cela est tout à fait impossible, car un tampon placé dans le col utérin doit être expulsé longtemps avant l'issue du fœtus, et il est inadmissible qu'il affecte quelque rapport que ce soit avec le cordon, qui ne peut sortir qu'à la suite du fœtus. Il aurait dû de plus être considérablement gonflé, tandis que, d'après la fille Chevalier, il n'était pas plus gros qu'au moment de son introduction.

Quant à la sonde incriminée par la fille Chevalier, MM. Bonneau et Dupont ont constaté que l'embout de la poire en caoutchouc, dont se servait M. Lafitte, était trop court pour atteindre le col à travers le spéculum ; qu'une sonde, répondant à la description de la fille Chevalier était molle et très flexible, ce qui rendait impossible son introduction dans la cavité du col et du corps de l'utérus.

M. Vibert fait de plus remarquer que, si M. le Dr Lafitte avait employé le procédé du décollement des membranes à l'aide d'une sonde, il n'aurait pas eu besoin de dilater le col avec l'éponge, et *vice versa*. Un seul de ces moyens eût suffi.

Les trois experts sont d'accord pour mettre en doute l'hémorrhagie si abondante, d'après les dires de la fille Chevalier, à la suite de l'application de la sonde. Il est fort improbable qu'elle se fût arrêtée si vite et si complètement, malgré deux heures de marche aussitôt après l'opération ; il est très improbable que la sonde, ayant été introduite, les 17 et 23 janvier, l'avortement ne soit survenu que le 29 janvier (Vibert). Tardieu, cité par MM. Bonneau et Dupont, n'a pas vu l'avortement tarder plus de 18 heures après l'action de la sonde introduite dans l'utérus.

Voici maintenant les réponses des experts à cette troisième question :

MM. Bonneau et Dupont répondent qu'il y a lieu de penser que la fille Chevalier a été le témoin de manœuvres abortives ; mais, en présence de ses affirmations invraisemblables, ils ne peuvent dire si ces manœuvres ont été pratiquées par le Dr Lafitte ou par d'autres personnes. M. Vibert conclut en disant que la fille Chevalier décrit assez exactement les manœuvres employées par un avorteur ou une avorteuse ; mais la conduite qu'elle attribue au Dr Lafitte est, au point de vue technique, absurde et inutilement compromettante. En outre, la plupart des explications qu'elle donne, avec beaucoup de précision et d'assurance, sur le détail des manœuvres, sont invraisemblables et inadmissibles.

4e *Question*. — Après ses explications, M. Vibert juge inutile d'y répondre.

MM. Bonneau et Dupont disent : En tenant compte des réponses de la fille Chevalier, nous croyons que la fausse couche a été le résultat de manœuvres abortives.

5e *Question*. — MM. Bonneau et Dupont ; Une fille de la campagne ne saurait donner une description aussi exacte des tampons d'éponge préparée et d'une sonde à double courant sans avoir vu ces objets, que ce soit chez le Dr Lafitte ou chez toute autre personne.

M. Vibert ; Il semble impossible que la fille Chevalier ait inventé de son propre chef la description de l'éponge comprimée et de la sonde. Il faut admettre ou bien qu'elle a réellement vu ces objets chez le Dr Lafitte ou ailleurs ou bien que quelqu'un les lui a dépeints.

III. — Opinion que l'on doit se faire des faits de la cause, suivant les expertises médico-légales précédentes.

Maintenant que nous avons analysé les rapports des experts et reproduit leur conclusions, nous formulerons de notre côté les réponses que cette lecture nous inspire.

Bien que les questions posées par M. le juge d'instruction, nous paraissent formulées surtout en vue d'établir la culpabilité du Dr Lafitte, nous y répondrons dans le même ordre que les experts.

1o Il est de toute évidence que les lésions du col constatées par les experts sont le résultat combiné de la vaginite et du catarrhe du col, que M. Lafitte avait traités, et des suites de la fausse couche et qu'il n'y a aucune trace de tentative d'avortement.

2o M. le Dr Lafitte a employé un traitement recommandé contre la vaginite et les granulations du col ; il n'y avait pas lieu de supposer chez sa cliente une impressionnabilité anormale de l'utérus, ni par conséquent une tendance à un avortement, car si elle souffrait au moment de l'introduction du spéculum, cela provenait surtout d'une atrésie vulvo-vaginale en rapport avec la vaginite. Le traitement institué par M. Lafitte était absolument correct, et incapable d'amener un avortement dans les conditions ordinaires.

3o Les mensonges successifs de la fille Chevalier qui dit d'abord qu'elle a jeté son enfant dans la Seine, alors qu'il était dans son vase de nuit ; qui accuse M. Lafitte de lui avoir donné du safran pour la faire avorter, alors qu'elle s'était procuré cette substance longtemps avant d'avoir vu M. le Dr Lafitte, devaient inspirer *a priori* bien des doutes sur ses assertions. Celles relatives à une dilatation du col par l'éponge préparée ou à l'introduction d'une sonde pour décoller les membranes sont tout à fait invraisemblables. Elle peut faire deux lieues à pied, après cette prétendue introduction d'une éponge préparée, et elle ne souffre nullement de la dilatation du col qu'aurait dû amener cette éponge. Elle avance qu'à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'utérus, le 23 janvier, elle a rendu une grande quantité de sang qu'elle a senti couler dans une cuvette. D'abord le sang aurait coulé à travers la cavité du spéculum et elle n'aurait pu ni en avoir la sensation, ni le voir, puisqu'elle était couchée sur le dos ; ses yeux ne pouvaient apercevoir la cuvette qui était au-dessous d'elle. L'instrument qu'elle accuse et indique était une sonde molle et très flexible, ainsi que l'affirment MM. Bonneau et Dupont. Avec une sonde molle et très flexible, il est impossible de pénétrer dans la cavité utérine ; il faut pour cela un instrument tout à fait rigide.

Si M. Lafitte avait par impossible pénétré, avec une sonde molle et très flexible, dans la cavité utérine, c'est-à-dire entre la paroi de l'organe et les membranes, la pression de ces deux parties en comprimant la sonde n'aurait même pas permis l'issue du sang et ces deux surfaces auraient comprimé et bouché les yeux de la sonde.

Que penser encore de cette prétendue hémorrhagie très abondante, succédant à une introduction d'une sonde et au décollement des membranes, alors que cette hémorrhagie est arrêtée à la porte du cabinet du médecin ? alors que la fille Chevalier fait de suite deux lieues à pied, et vaque les jours suivants à son travail, sans que l'hémorrhagie se re-

produise. S'il y avait eu, le 23 janvier, une manœuvre aussi efficace que le décollement des membranes suivi d'hémorrhagie abondante, nul doute que l'avortement n'eût suivi de près, au bout de 24 ou de 36 heures. Là, au contraire, ce n'est qu'au bout de six jours qu'il se produit. Nous ne revenons pas sur les invraisemblances relevées par les experts d'un tampon d'éponge préparée, plus petit le 23 janvier que le 15 janvier, de ce tampon du 23 janvier qui reste accolé au cordon alors qu'il aurait dû être éliminé longtemps avant l'expulsion du fœtus, et nous aurions répondu à cette troisième question que les accusations de la fille Chevalier constituent un tel tissu d'invraisemblances et d'impossibilités, qu'on ne doit en tenir aucun compte.

4° Ce qui précède répond à la 4° question.

5° Il est évident que la fille Chevalier n'a pas inventé dans son imagination la description des éponges préparées et des sondes à double courant. Mais ce n'est pas à dire qu'elle les ait vues chez M. le Dr Lafitte. Elle a pu les voir ailleurs, en avoir entendu parler ou avoir lu soit dans un roman, soit ailleurs, des récits d'avortements. D'après la lettre anonyme, qui a motivé l'enquête, elle n'en était pas à son coup d'essai. Elle ne savait pas bien d'ailleurs ce qu'était une sonde propre à provoquer un accouchement prématuré, car elle a reconnu comme telle une sonde molle et flexible, avec laquelle un avortement serait impossible.

Conclusions.

On est en présence d'un accouchement prématuré; mais personne n'a jamais vu le fœtus.

Il est bien certain que la fille Chevalier a fait des tentatives en vue d'avorter ; mais il n'est pas démontré que ces tentatives, ou d'autres manœuvres, pratiquées par des tiers, aient obtenu l'effet qu'elle en espérait.

L'avortement se produit en effet souvent spontanément : certaines femmes ont des séries d'avortements que rien n'explique, si ce n'est une certaine prédisposition en rapport avec une excitabilité anormale de l'utérus. Souvent aussi une fausse couche survient sous l'influence de causes très minimes, l'odeur d'une chandelle mal éteinte, disent les anciens accoucheurs, l'action de lever les bras en soulevant un fardeau, une émotion, etc.

Mais admettons que la fille Chevalier ait avorté à la suite de manœuvres criminelles. Quelles sont les charges relevées contre le Dr Lafitte ? Ce sont uniquement les allégations de la fille Chevalier, qui a constamment menti, et sur le passé de laquelle on n'a aucun renseignement.

La question essentielle, qui résume toute l'affaire, est celle-ci : L'avortement est-il dû à des *manœuvres criminelles* tentées par le Dr Lafitte ?

Nous répondons de la façon la plus formelle par la **négative**.

Il résulte en effet de l'analyse des pièces du procès qu'il n'existe pas une seule preuve valable de tentatives d'avortement effectuées par le Dr Lafitte sur la fille Chevalier.

En faveur de M. le Dr Lafitte, nous ne ferons valoir ni ses antécédents très honorables, ni ses états de service dans la médecine navale et aux colonies ; nous ne parlerons pas de ses cinq enfants et de sa mère, réduits à la misère par sa détention.

Mais nous nous demanderons quel mobile pouvait le pousser à une action criminelle. L'accusation a été dans l'impossibilité d'en trouver. Ce n'était pas l'intérêt, car il est démontré qu'il a reçu de sa cliente, pour cinq visites et pansements spéciaux, pour les médicaments fournis (pilules de fer, tannin pour injections, vin de quinquina, etc.) la somme totale de 33 francs.

Comme conclusion, Monsieur le Président, nous affirmons devant vous la conviction où nous sommes de l'innocence du Dr Lafitte, et nous vous prions de vouloir bien user en sa faveur de votre droit de Grâce.

Nous vous demandons une grâce complète, comme pour un innocent.

Haussmann, Gauthier de Clagny, Cornil, Cézilly, De Ranse, Marcel Baudouin, Gilles de la Tourette.

SOUSCRIPTION LAFITTE

Plusieurs associations ont ouvert des souscriptions. Le secrétaire de l'Association de la presse a reçu des sommes de diverses provenances. En y ajoutant les trois mille francs de la 1re liste du Concours, on arrive déjà à une somme respectable ; mais elle est bien loin de répondre à nos espérances, en face des besoins créés par la ruine morale et matérielle d'une famille médicale nombreuse et digne de l'intérêt de tous. Nous espérons qu'on va se hâter de s'associer, sans réserve, aux souscripteurs qui ont, jusqu'à ce jour, donné leur généreux exemple.

Deuxième liste.

MM. les Drs	fr.
Huguenin (144, rue Lafayette)	10
Hervouet (50, rue de Turenne)	10
Gauthier (Magny-en-Vexin)	5
Sève (Die)	5
Portaz (Pont-de-Beauvoisin)	5
Bourguet (Sommières)	5
Teissonnière (St-Hippolyte-du-Fort)	10
De la Rochefordière (Paris), 28, rue Nollet	10
Feillet (Plougastel-Daoulas)	10
Voisin (St-Léonard)	10
Pintaud-Desallées (La Rochefoucauld)	10
Laguens (Castillon)	10
Lambry (Courtenay)	20
Bourgeot (Pontailler-sur-Saône)	5
Anfrun (St-Pierre-d'Oléron)	5
A reporter	130
Report	130
Bizien (Douarnenez)	5
Bongue (Paris, 34, rue Labruyère)	10
Hamond (Paris, 14, rue de Metz)	10
D.	10
Calvet (Castres)	20
Fabre (Aïn-Tedelès)	7
Chailloux (Longué)	15
Lasalle (Lormont)	10
Mailletard (Forges)	10
Jean (Maubeuge)	5
Metras (Vuillafans)	5
Bertignon (Bethéniville)	10
Orillard (Richelieu)	10
Beauvois (Richelieu)	5
Aubry (Prunay-le-Gillon)	10
Mora (Bazoches-les-Gallerandes)	20
Seney (Nice)	5
L.	3
A reporter	300
Report	300
Martin (Conches)	10
Ravaud (Witry-les-Reims)	10
Lavigne (Aulnay-les-Bondy)	5
Sabathé (St-Branchs)	5
Sicard (Mignonneau)	10
Martinet (Villenauxe)	5
Moreau (Versailles)	10
Ader (Breval)	10
Roland (Roanne)	10
Barbat (Charlieu)	10
Leméré (Breteuil)	10
Patey (Saint-Seine-sur-Vingeanne)	5
Berrez (L'Hermenault)	10
Guihal (Chapelle Basse-Mer)	10
Auclert (Brezolles)	10
Chanu (Meudon)	10
Un membre du Concours N° 472	5
Fatum, Desfarges	3
A reporter	448

Report...... fr.	448
MM. les Docteurs :	
Bazot (Joigny).................	5
Association des médecins de l'Arrondissement de Saint-Jean d'Angély..............	100
Laurent (Cosne)...............	5
Poirier (Chateaurenard).......	10
Dubiau (Bellevue)............	10
Carrel (Morestel).............	10
Durand (Arcueil).............	20
Pasquier (Mauves)...........	10
Vizerie (Heuchin)............	10
Bourdon, Vico (Étrépagny), Roger, Decornet, Giraud (Les Andelys), Olivier (Fleury-sur-Andelle), Ladevit (Gisors), Mordagne (Tourny), Peltre (Bray), Périer (Saint-Clair-sur-Epte), Langlois (Ecouis),	
A reporter.... fr.	628

Report...... fr.	628
Pellouard (Mainneville).....	60
Ader (Chamonix).............	5
Cancalon (Charenton).........	5
Rougé (Limoux)..............	20
Kaminer (Saint-Cyprien)......	10
Syndicat de Dunkerque.........	100
Chalmet (Landerneau).........	10
Bauzon (Chalon-sur-Saône)....	10
Villeprand (Manosque)........	10
Mercurin (Saint-Remy)........	20
M. Voisin-Ray (Saint-Pourçain).....................	10
Petitjean (Decize)............	5
Deux amis du Dr Petitjean..	10
Poncet (Anlezy)..............	5
Dejean (Decize)..............	5
Walsdorff (Cercy)............	5
Brouillet (Dornes)...........	5
Grognot (Milly)..............	10
Guichamans (Arzacq).........	5
A reporter.... fr.	938

Report...... fr.	938
Quantin (Gournay-en-Bray)...	5
Gaudin (Tonnay)..............	10
Aguilhon de Sarron (Paris, 18, rue de la Chaussée d'Antin).........................	20
Galtier (St-Aignant d'Hautefort).........................	10
Roger (Hédé).................	10
Gabrielle, Georges, Marie, Henry, Nelly et M. le Docteur Oger (Desvres).........	10
Marchais (Carhaix)...........	10
Gaucherand (Vals les-Bains)	10
Souplet (Nogent-le-Rotrou)...	5
Rosiers (Castelnau d'Auzan)	10
Vacher (St-Denis-de-Piles)...	5
Total de la 2e liste..... fr.	1.043
Total de la 1re liste...... fr.	3.040
Total général........... fr.	4.083

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum antidiphthérique.

La découverte de M. le Dr *Roux* continue à soulever un mouvement unanime d'enthousiasme. Nous sommes heureux de le constater et de nous y associer ; toutefois, nous ne pouvons nous défendre d'un certain sentiment d'appréhension en présence de « l'emballement universel ». Et, si cette découverte ne donnait pas tout ce qu'on en attend ?..... Car enfin, l'expérience ne date que de 9 mois à peine et les statistiques montrent que la diphthérie est fort bénigne, cette année. (La semaine dernière il n'y a eu que 6 décès à Paris au lieu de la moyenne 19.) Or, tous les malades n'ont pas été inoculés, tant s'en faut; cette coïncidence peut donc être trompeuse. Défions-nous donc beaucoup de l'enthousiasme, dans de pareilles questions ; c'est toujours mauvais en science ; il faut savoir rester maître de soi-même quand on expérimente et quelque désir que nous ayons de voir triompher tous les travaux de l'Institut Pasteur, qui fait la gloire scientifique de la France, nous invitons chacun au calme, à la patiente observation des faits de chaque jour, afin de montrer au monde que les prétendus écervelés Français savent, en science, se montrer plus pondérés que les lourds Allemands eux-mêmes.

Souvenons-nous de la tuberculine de Koch ; c'est une leçon, qui doit nous profiter, pour la plus grande consolidation de la bonne renommée de l'Institut Pasteur.

Les expériences trop hâtives, aboutirent au plus irrémédiable fiasco, que l'on puisse imaginer.

Approuvons donc la commission du Budget qui a voté à l'unanimité 100.000 fr. de crédit, la 5e commission du Conseil municipal de Paris, qui a promis un revenu annuel de 20.000 fr. pour l'entretien de 20 chevaux et la fourniture du sérum au département de la Seine, approuvons les souscripteurs généreux qui favorisent les progrès de la science française, mais persuadons à nos clients que la phase d'expérience est à peine ouverte et que pour vouloir nous obliger à les traiter par la nouvelle méthode, ils s'exposent, beaucoup plus que par les traitements classiques et en même temps que l'honneur de la science française, ils jouent peut-être leur vie.

Les inoculations antidiphthériques sont encore en voie d'essai ; il est prudent, pour tout le monde, d'attendre qu'elles aient fait leurs preuves dans les hôpitaux, où l'on peut obtenir de meilleurs résultats parce qu'on a tout ce qu'il faut sous la main. Si d'ailleurs, on tient à tenter l'expérience, voici la manière de procéder, à Paris seulement :

« Le médecin, après avoir fait ses prescriptions habituelles (badigeonnages, lavages, écouvillonnages), sauf les préparations de sublimé, se rend à l'Institut Pasteur, 17, rue Dutot. Là, sur sa déclaration verbale, le laboratoire de MM. Roux et Martin lui remet un flacon contenant 20 cent. c. de *sérum vaccinal* et deux tubes de *sérum solidifié* pour la culture du bacille de Klebs-Lœffler. On y ajoute, dans un tube fermé, un fil de platine à extrémité aplatie en spatule, flambé et stérilisé, qui permet au médecin — peu outillé en général à ce point de vue — d'ensemencer les tubes de sérum coagulé.

L'Institut fait les recommandations suivantes:

1° Dans les cas de fausses membranes ou points blancs, les gratter avec l'extrémité de la spatule et faire sur le sérum de chaque tube 4 ou 5 stries. Pas n'est besoin de recharger le fil de platine ;

2° Dans les cas de croup d'emblée sans angine apparente, ensemencer de la même manière le mucus recueilli sur le pilier postérieur, le plus près possible du larynx.

On prie ensuite le médecin de venir ou d'envoyer le plus tôt possible un parent du malade avec les tubes ensemencés, en ayant soin de les maintenir dans une position verticale. Ces tubes sont examinés pour constater la présence et la nature du bacille, et l'on remet au médecin un flacon du sérum vaccinal.

L'inoculation du sérum doit être faite le plus tôt possible, au niveau de l'abdomen, sous la peau, comme on procède pour la rage. On se sert, à cet effet, d'une seringue de la contenance de 10 ou 20 cent. cubes. Tous les fabricants

d'instruments ont aujourd'hui de ces seringues dont on peut faire bouillir toutes les parties avant de s'en servir. Elles sont munies d'une aiguille en platine iridié de Debove, facile à flamber, — aiguille qu'on peut laisser en place, quand la contenance de la seringue ne permet pas l'injection totale d'emblée.

Au bout de vingt-quatre heures, le médecin revient à l'Institut Pasteur, ou envoie à sa place l'un des proches parents du malade, avec les renseignements suivants :

1° Fréquence du pouls, matin et soir, avant et après la vaccination ;

2° Nombre des respirations ;

3° Température rectale.

Ces indications sont indispensables pour la direction du traitement de Roux. M. Martin a, en effet, démontré l'importance de la température dans le pronostic de la diphthérie. De ses observations on a pu conclure à un traitement intensif proportionnel.

Sont favorables :

1° Les courbes évoluant dans les régions peu élevées, 38° à 38°5 ;

2° Les courbes, d'abord élevées, puis régulièrement descendantes.

Sont défavorables :

1° Les courbes régulièrement ascendantes ;

2° Les courbes en plateau dans les régions élevées ;

3° Les courbes à oscillations ascendantes dans les régions élevées.

La température fournit encore d'autres renseignements. Elle avertit si de nouvelles régions ont été envahies. Quand la diphthérie gagne le larynx, la température monte ; quand, du larynx, elle s'étend aux bronches et au poumon, la température monte encore. »

A cette seconde visite, on reçoit un 2e flacon de sérum vaccinal. On fait une seconde inoculation de 20 c. c. On devra s'en tenir là, si le cas est simple. S'il survient des complications, c'est-à-dire si la température monte, on retournera à l'Institut Pasteur, et on recevra de quoi faire des inoculations successives et plus intenses.

Naturellement, si les cultures portées par le médecin à l'Institut Pasteur sont reconnues associées de bacilles de Loeffler et de streptocoques, on est prévenu que la guérison n'est pas certaine et que les inoculations devront être doublées.

La question du diagnostic bactériologique est jugée en 24 heures.

En ce qui concerne la province, les inoculations de sérum antidiphthérique sont absolument IMPOSSIBLES en ce moment, parce qu'il n'y a pas assez de sérum disponible, et parce qu'il est nécessaire d'avoir un compte rendu quotidien des différentes phases de la maladie pour pouvoir graduer scientifiquement les doses.

Il n'y a pas encore le temps indispensable à l'immunisation des chevaux nouvellement installés dans les écuries de Villeneuve-l'Etang. Patience donc ! puisqu'il y a impossibilité matérielle. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des diverses phases de la question et en temps utile, nous chercherons à leur donner les moyens de faire les expériences sur les malades qui voudront s'y prêter.

Traitement du spina bifida.

Le spina bifida est une affection congénitale, déterminée par le défaut de soudure des deux moitiés d'un ou de plusieurs arcs vertébraux. Par cette fissure, font hernie les enveloppes médullaires distendues par du liquide céphalo-rachidien, et quelquefois aussi la moelle épinière. Le spina bifida est une schise postérieure.

L'embryologie explique la pathogénie du spina bifida. Ce vice de conformation est, en effet, la conséquence d'un arrêt de développement de la colonne vertébrale, arrêt dont la cause première n'est pas encore nettement établie.

Actuellement, on admet encore que les traumatismes abdominaux et les émotions violentes des femmes enceintes peuvent amener cette difformité chez le fœtus.

M. *Sebileau*, agrégé de la Faculté de Paris, en comprend le traitement de la façon suivante :

1° *Voici un enfant qui naît avec un spina bifida.*

A. *Quand faut-il intervenir ?*

De suite, si la tumeur est ulcérée, sur le point de se rompre. Non, si les enveloppes sont saines ; car il y a des cas de guérison spontanée, et d'ailleurs l'enfant sera plus résistant plus tard.

B. *Que faut-il faire en attendant ?*

Surveiller l'enfant ; si un jour il y a menace de rupture, si l'enfant dépérit, s'il survient des accidents, on opérera. C'est l'expectation armée. Mais il faudra, dans la mesure du possible, protéger la tumeur. La *compression* est tout indiquée pour cela.

2° Quand l'enfant est arrivé à l'âge de quelques mois avec son spina bifida, il faut intervenir, à moins que la poche ne soit très petite ou qu'au contraire elle soit tellement étendue que l'opération ne puisse se terminer dans un temps assez court pour que l'enfant survive.

A. L'intervention est décidée.

Il faut parfaire le diagnostic anatomique.

Le sac renferme-t-il de la moelle?

Voici sur quoi peut se baser ce diagnostic :

a) Le siège de la tumeur. — A la région cervicale la moelle fait rarement partie de la poche ; quand il en est ainsi, on observe, la plupart du temps, des troubles respiratoires, des convulsions, etc.

A la région dorsale, la moelle pénètre assez souvent dans la tumeur, y décrit une ou plusieurs inflexions et rentre dans le canal.

A la région lombaire, c'est la queue de cheval.

b) La forme de la tumeur. — La dépression ombiliquée (1er signe de Virchow) serait un signe certain de la présence de la moelle. Ne pas négliger non plus le sillon médian qu'on observe quelquefois sur la tumeur.

c) L'aspect des téguments (2e signe de Virchow). — Une vascularisation considérable et une rougeur anormale, seraient, pour Virchow, le signe de l'adhérence de la moelle aux parois.

d) La transparence. — Si la tumeur est transparente comme une hydrocèle, il s'agit, sans doute, d'une méningocèle pure.

e) La largeur de l'orifice de communication. — Il est évident que plus l'orifice est petit, moins il y a de chances pour qu'il livre passage à la moelle ou aux nerfs. Ces dimensions peuvent s'apprécier directement par la palpation avant ou après ponction.

f) La consistance. — On doit croire à la présence de la moelle si la fluctuation n'est pas bien nette et si elle a quelques analogies avec celle

d'un lipome. Si la tension n'est pas excessive, on peut sentir un cordon dur.

g) Les troubles paralytiques. — A la vérité, en dehors de la dépression ombiliquée de Virchow, chacun de ces signes, pris isolément, n'a pas grande valeur ; tous ensemble, ils forment un bon faisceau de preuves.

Quant au choix des procédés opératoires, voici comment M. Sebileau comprend la question :

« Si le spina bifida est petitement pédiculé, si l'orifice de communication est étroit, difficilement perméable, oblitéré même, la tumeur est ordinairement, dans ces cas, dépourvue d'éléments nerveux dans son intérieur ; elle est alors justiciable d'une méthode facile (ligature du pédicule, injections modificatrices), procédés avec lesquels on peut facilement obtenir la guérison.

« Si, au contraire, le spina bifida n'est pas supporté par un étroit pédicule, si la base d'implantation est large et que la poche communique largement avec le canal rachidien, il faut éliminer systématiquement toutes les méthodes comme la ligature ou la section du pédicule sans ouverture du sac, même sur les malades chez lesquels le pédicule est assez net pour permettre leur application ; ce sont, en effet, des procédés aveugles, avec lesquels on s'expose à retrancher des éléments nerveux qu'il vaudrait mieux ménager ; de plus, il est presque impossible d'obtenir la cure radicale, car l'étendue de la schise permettrait plus tard à la hernie de se reproduire. L'intervention doit, dans ces cas, être plus radicale : il faut recourir à l'incision suivie de la dissection méthodique du sac et terminée par l'excision de celui-ci. »

Thérapeutique de l'hystérie.

Nous reproduisons ici quelques passages résumés du traitement de l'hystérie, d'après *la Tribune médicale*, dont l'intérêt nous paraît indiscutable :

I. Hystérie légère.

1° Tous les jours prendre une douche froide de 15 à 18°, en jet brisé, d'une durée de vingt à trente secondes ; frictionner ensuite avec un linge sec et rude, ou mieux, se faire masser.

2° Prendre, au moment de chaque repas, pendant vingt jours par mois, une des pilules suivantes :

Arséniate de fer.......	0,001 milligr.
Extrait de jusquiame..	0,02 centigr.
Extrait de valériane...	0,05 —

F. s. a. une pilule ; n° 50.

3° Vie au grand air, à la campagne. Eviter toute excitation physique, intellectuelle ou morale. Pas de lectures romanesques, ni de musique excitante.

S'abstenir de toute pratique hypnotique.

Alimentation fortifiante ; manger ce qui convient le mieux, à des heures régulières.

Ne pas exciter l'impressionnabilité du malade par une attention incessante, mais montrer plutôt de l'indifférence.

Ne conseiller le mariage que sous toutes réserves.

II. Hystérie à forme grave.

1° Isolement dans un établissement hydrothérapique, interdire toute visite de la famille. Imposer avec fermeté, quoique sans brusquerie, toutes les prescriptions qu'exige l'état particulier de chaque malade.

2° Assurer le malade de la curabilité de son affection ; gagner sa confiance et agir sur son état psychique par tous les moyens que sa crédulité autorise, mais n'intervenir qu'avec le consentement formel de la famille et en ayant soin d'expliquer le but de ces pratiques.

3° Donner, pendant dix jours consécutifs, 4 des pilules suivantes :

Bleu de méthyle........	0,01 centigr.
Mica panis...............	Q. s.

F. s. a. une pilule ; n° 50.

(Conserver les urines et bien insister sur l'énergie du médicament, *nulle d'ailleurs*, qui colore les urines en bleu et peut frapper l'imagination.)

4° Pendant les vingt autres jours du mois, donner à chaque repas deux pilules de :

Bromure de camphre.....	0,10 cgr.
Extrait de valériane.....	0,05 —
Extrait de gentiane......	0,04 —
Extrait de stramoine.....	0,01 —

F. s. a. une pilule ; n° 50.

IV. Traitement symptomatique.

a) Attaques convulsives.

1° Maintenir le malade couché sur un matelas, si c'est possible, et éloigner tout objet qui pourrait le contusionner. Enlever les vêtements ou les liens, qui peuvent gêner la respiration ou la circulation.

2° Faire des aspersions d'eau froide sur le visage.

3° Rechercher et comprimer les zones hystériques frénatrices, qui se rencontrent fréquemment dans la région ovarienne chez la femme, les testicules chez l'homme. Pour comprimer, plonger fortement le poing fermé dans la fosse iliaque.

Essayer de fortes tractions de la langue.

4° Si l'attaque se prolongeait, faire respirer du *bromure d'éthyle.*

b) Attaques de sommeil hystérique.

1° Souffler brusquement sur les globes oculaires, ou sur l'un des deux yeux.

2° Comprimer les zones hystérogènes frénatrices.

3° Comprimer avec les doigts les deux carotides et arrêter ainsi la circulation cérébrale ; prolonger assez longtemps cette compression.

4° Si ces moyens n'amenaient pas le réveil, pratiquer les tractions rythmées de la langue, d'après la méthode de M. Laborde.

c) Attaques de contracture.

1° Pratiquer un massage superficiel des muscles contracturés ; effleurer simplement la peau, si la pression est douloureuse.

2° Transfert à l'aide de l'aimant.

3° Pratiquer l'hypnotisme et tenter d'enlever les contractures par suggestion.

d) Paralysies hystériques.

1° Rechercher les zones spasmogènes et par leur excitation provoquer des attaques convulsives.

2° Si le malade est hypnotisable, rechercher

la guérison dans la suggestion pendant le sommeil.

3° Employer l'électrothérapie en se servant de la faradisation ; faire contracter les muscles.

Si tous ces moyens ne donnent pas de résultat, s'efforcer de frapper l'imagination, même par des moyens extra-médicaux. La guérison peut d'ailleurs survenir spontanément.

III. Prophylaxie.

1° Surveiller attentivement les enfants névropathes héréditaires ; les tenir éloignés de leur famille, et les placer dans un milieu calme et pondéré ; leur éviter toute excitation violente, toute émotion. Peu de travaux intellectuels; mais hygiène physique appropriée ; marches, gymnastique. S'attacher, dans l'éducation, à dominer les impressions sensitives et l'impressionnabilité, et faire prévaloir la raison et la volonté.

2° Tous les matins, soumettre l'enfant à une lotion froide, faite rapidement avec l'éponge, suivie d'une friction sèche.

3° Vie au grand air à la campagne.

Régime substantiel, tonique, non excitant. Ni thé, ni café, ni alcool, ni tabac.

A propos des médicaments et des traitements dangereux pour la grossesse.

M. le Dr *Sicard*, de Jonzac, nous fait observer que l'on pourrait comprendre, dans la liste des médicaments et des traitements contre-indiqués pendant la grossesse, d'une part, *les sels de quinine* à doses élevées, d'autre part, *l'avulsion de dents cariées douloureuses*.

Dans le premier cas, le paludisme, qui a nécessité l'emploi des sels de quinine, est souvent le véritable facteur de l'avortement ; mais il vaut mieux être circonspect dans les prescriptions de quinine ; dans le second cas, il s'agit surtout de femmes ultra-sensibles, hystériques ou névrosées, que la moindre petite opération, fait trembler et bouleverse au point d'amener une fausse couche. En pareil cas, je crois que personne n'oserait soutenir une accusation d'avortement, soit par impéritie, soit par préméditation criminelle. Redouter l'extraction d'une dent chez une femme enceinte, nous paraît donc légèrement exagéré, quelque probants que soient certains faits de pratique journalière, et nous continuerons à ne pas nous croire imprudents, quand nous conseillerons à une femme enceinte, de se faire extraire une racine cariée.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Appareil glycoso-formateur.

Nous n'avons pas l'intention dans cette étude d'exposer par ordre chronologique, les résultats acquis dans les tentatives faites pour reproduire expérimentalement les phénomènes du diabète sucré. Nous croyons préférable, pour être utile, d'envisager dans son ensemble l'appareil glycoso-formateur dont les parties constituantes ont été peu à peu isolées (Cl. Bernard, Lancereaux, Mering et Minkowski, Chauveau et Kaufmann).

Nous envisagerons donc successivement l'organe producteur du sucre, la consommation du produit de sécrétion et l'influence qu'exercent sur lui le système nerveux et le pancréas pour régler la sécrétion sucrée.

A l'aide de ces données, il sera possible d'entrevoir une pathogénie logique de la plupart des perturbations de la glycogénie, observées en clinique.

I.

La question de la formation du sucre dans l'économie forme en effet la clef de voûte de l'édifice diabétique ; aussi, pour l'élucider, s'est-on adressé, soit, directement, aux analyses des parenchyme et sang hépatiques, à l'extirpation du foie, soit, enfin, par voie indirecte, à l'étude de la consommation du sucre dans les tissus.

La glycogénie hépatique est tout entière l'œuvre de Claude Bernard, Toutes ses expériences ont été vérifiées et contrôlées ; l'appoint des résultats acquis par l'ablation du pancréas n'a en rien changé ses conclusions ; bien plus, toutes les tentatives faites pour leur échapper n'ont réussi qu'à les consolider.

Claude Bernard (1847), après avoir montré que normalement le sucre existe dans le sang chez tous les animaux herbivores ou carnivores, et, que les quantités de sucre qu'on rencontre dans les uns et les autres sont sensiblement égales, établit, dans des expériences irréfutables, les propositions suivantes. Le foie, comme tous les organes qui sécrètent, est imprégné des produits de sa sécrétion, et, à l'état normal, il est le seul organe qui présente cette imprégnation. Sécrété par les cellules du foie, car le sang porte, chez les animaux longtemps nourris de viande ou à jeun, ne contient pas de sucre, tandis que les veines sus-hépatiques en renferment des quantités toujours appréciables, le sucre passe avec le sang des capillaires hépatiques dans les veines sus-hépatiques et de là dans la veine cave inférieure, et c'est au point d'aboutissement dans ce dernier vaisseau que le sang est le plus sucré. Cette fonction glycogénique du foie est constante, quelle que soit la nature de l'alimentation; toutefois, si la nature de cette alimentation n'exerce pas d'influence sur la production du sucre dans le foie, la période de la digestion en exerce, au contraire, une très évidente.

Au moment de la pleine digestion, il se produit une espèce de débordement sucré qui se manifeste également avec les alimentations animale ou féculente et qui dure trois ou quatre heures. Ce n'est même que 6 à 7 heures après le repas que l'excès du sucre dans le sang commence à disparaître. Des analyses du sang, faites chez des animaux nourris de viande ou de fécule montrent que cet organe établit un certain équilibre dans la constitution du sang ; car le sang des animaux dont l'alimentation est si différente, a en effet une composition identique. Le sucre venu du dehors ne s'ajoute donc pas comme tel au sucre hépatique ; le foie placé comme un laboratoire vital, entre le canal intestinal et le fluide circulatoire général, fait à l'état physiologique subir aux matières alimentaires une profonde transformation destinée à donner une composition à peu près toujours identique au sang qui est et doit être doué des mêmes propriétés chez tous les animaux, puisqu'il sert à entretenir des phénomènes fonctionnels identiques. La possibilité de transformer chimiquement une matière albuminoïde en sucre, comme l'a

démontré Lehmann, corrobore cette constatation que le sucre se forme aux dépens des matières albuminoïdes et de la graisse, par suite d'une véritable fermentation. Le foie verse dans les veines une substance qu'il sécrète. Son histoire établit donc d'une manière très nette qu'il y a des sécrétions internes, c'est-à-dire des sécrétions dont le produit au lieu d'être déversé à l'extérieur est transmis directement dans le sang.

Claude Bernard ne se contenta pas d'indiquer cette notion physiologique, qui devait, avec Brown-Séquard, prendre une énorme importance pour l'explication des phénomènes vitaux. Il l'établit sur des bases inébranlables pour l'analyse du sang sus-hépatique et de la bile. Pour ajouter encore à sa démonstration, il montre que chez certains animaux, les insectes, on ne constate pas seulement une dichotomie physiologique des deux fonctions du foie sucré et biliaire, mais une séparation anatomique de la glande biliaire et de la glande glycogénique.

Pour Claude Bernard, le seul organe formateur du sucre dans l'économie, chez l'adulte, est le foie et cette conclusion est fondée par lui sur l'analyse comparative des différents sangs, afférents et efférents hépatiques, artériel et veineux pulmonaires et généraux. C'est ce que viennent confirmer les expériences suivantes : M. Moleschott (Ac. des sciences, 30 avril 1855) extirpe totalement le foie chez des grenouilles et obtient une survie de 15 à 21 jours. Pendant toute la durée de l'opération, le sang, les muscles, l'urine ne contiennent pas de sucre. L'arrivée du sucre dans la circulation est ainsi abolie ; il en résulte une prompte diminution de la proportion du sucre dans le sang qui finalement n'en renferme plus. Si le foie n'était pour le sucre qu'un appareil de filtration, comme le rein pour l'urée, on devrait trouver ce sucre dans les tissus, ce qui n'a jamais lieu.

Ces expériences d'isolement du foie fournissent des preuves directes de la formation incessante du sucre par cet organe dans un but d'entretien de l'économie : Elles ont été répétées par un grand nombre d'auteurs. Bock et Hoffmann, après isolement du foie, ont vu le sucre disparaître du sang au bout de quarante-cinq minutes.

Minkowski ayant enlevé à des oies la totalité du foie, les a vues survivre pendant plus de vingt heures à cette mutilation. Le sang des animaux ainsi traités était entièrement privé de sucre au bout de peu de temps. Seegen, sur des chiens curarisés, a pratiqué l'isolement du foie et obtenu le même résultat, la disparition du sucre dans le sang. Kauffmann (soc. Biol. 1894), en isolant le foie chez les animaux normaux ou dépancréatisés, a été amené à conclure que chez les animaux, à l'état de jeûne, qu'il y ait glycémie normale ou hyperglycémie et glycosurie, l'isolement du foie est constamment suivi d'une diminution rapide de la proportion du sucre dans le sang. Thiroloix, après ligature en masse du foie, ne peut obtenir la glycosurie par piqûre bulbaire ou ablation du pancréas. Dans tous les états glycémiques, le sucre hématique est engendré dans le foie et est au contraire consommé dans les divers tissus de l'organisme.

Ainsi, première notion fondamentale à retenir, le foie à l'état normal, chez l'adulte, est le seul foyer glycogénique. Toutes les fois, que par un mécanisme quelconque, on produira une perversion dans la production du sucre, on agira donc sur cet organe.

II

La consommation du sucre dans les tissus, à l'état normal avait été vue par Cl. Bernard et nous n'en voulons pour preuve, outre ses analyses du sang à l'entrée et à la sortie du poumon, que le phénomène relevé par lui dans le liquide céphalo-rachidien. Ce liquide, en effet, contient du sucre d'une manière constante, soit à jeun, soit en digestion : mais, si l'on soumet l'animal à l'abstinence, de façon à empêcher pendant quelque temps le débordement de sucre qu'apporte le sang, depuis le foie jusque dans le liquide céphalo-rachidien, on voit qu'au bout de quelque temps, ce dernier n'en contient plus, parce que celui qui y était est détruit, et qu'il n'en est pas revenu.

Toutefois, c'est à M. Chauveau, qui avait abordé la question dès 1856 et l'a reprise en 1886 avec Kaufmann, que nous devons des notions exactes sur cette destruction du sucre dans les masses musculaires *à l'état normal*. En 1877, Cl. Bernard avait confirmé les résultats de M. Chauveau.

En 1893, M. Chauveau étudie, non plus la destruction normale du sucre, mais la *dépense* de la glycose dans les déviations de la fonction glycogénique, en plus ou en moins, par l'analyse comparative des sangs artériels et veineux de la circulation générale. Cette étude, en effet, était seule capable de résoudre la question préjudicielle de la source du sucre *dans le diabète* et de permettre ainsi l'interprétation du retentissement des lésions nerveuses et pancréatiques.

Avant de pratiquer ces analyses des sangs veineux et artériel au cours des hyperglycémies, on pouvait, en effet, faire trois hypothèses également vraisemblables, et ce sont elles que l'on retrouve défendues, rejetées et reprises tour à tour par les cliniciens et les physiologistes. Ce sang veineux sera, comme à l'état normal, moins riche que le sang artériel, et alors l'hyperglycémie ne pourra être mise sur le compte d'un défaut de dépense, ou bien le sang veineux sera plus riche que le sang artériel, et alors il faudra admettre que l'hyperglycémie est due à une production de glycose, sur place, dans tous les tissus de l'économie. Or, dans toutes les déviations de la fonction glycémique, avec hypo ou hyperglycémie (nous verrons plus loin par quelle intervention l'expérimentateur est maître de produire ces déviations) MM. Chauveau et Kaufmann ont toujours obtenu comme résultat la supériorité du sang artériel sur le sang veineux, au point de vue de la teneur en sucre. L'hyperglycémie reconnaît donc toujours pour cause un excès de production glycosique et non un arrêt ou un ralentissement de la dépense du sucre dans les vaisseaux capillaires. Dans l'hypoglycémie, la dépense est moins active, mais toujours le sang artériel est plus riche que le sang veineux. Toutes les déviations de la fonction glycémique en quelque sens qu'elles se produisent, doivent dès lors être rapportées à la même cause, au changement dans l'activité de l'organe hépatique, c'est-à-dire à l'exaltation ou à l'amoindrissement de la production de la glycose. Le foie, quel que

soit le point de départ incitateur de son hyperfonctionnement, reste toujours le grand dispensateur du diabète.

Désormais en possession de ces deux données, *à l'état normal comme à l'état pathologique*, le foie *seul* fabrique du sucre qui est consommé, dans les tissus, et l'excès de production dans cet organe au cours des lésions nerveuses et pancréatiques est la cause unique de l'hyperglycémie et de la glycosurie, nous pouvons aborder l'étude des influences exercées par les lésions nerveuses et l'extirpation du pancréas sur le foie.

III

Comme toutes les autres glandes, le foie est soumis à l'influence du système nerveux, par l'intermédiaire duquel on peut augmenter, diminuer, anéantir ou modifier sa sécrétion sucrée. Guidé par ses études antérieures sur la sécrétion des glandes lacrymale et sous-maxillaire, Cl. Bernard fut amené à appliquer au foie les procédés expérimentaux qu'il avait mis en œuvre dans l'étude de l'influence du système nerveux sur ces deux appareils glandulaires : C'est ainsi qu'il découvrit l'influence de la piqûre du 4e ventricule et de la section de la moelle cervicale.

Examinons d'abord l'action des centres.

La piqûre de la moelle allongée, en un point répondant à l'intervalle compris entre les racines des nerfs acoustiques et des pneumogastriques augmente la sécrétion de glycose. Cette augmentation n'est nullement due à une influence directe qui serait transmise par le pneumo-gastrique ou le sympathique cervical, car leur section préalable n'empêche nullement, comme l'a vu Claude Bernard, les effets de la piqûre du 4e ventricule ; en outre, l'excitation du bout périphérique du pneumo-gastrique sectionné, autant au cou qu'au-dessous du diaphragme, n'a aucune action sur l'élimination du sucre par l'urine. En revanche, l'excitation du bout central du nerf vague, donne lieu à la glycosurie, par retentissement sur le centre bulbaire. L'interprétation de Claude Bernard (excitation) n'est plus admise et le fait s'explique mieux par la théorie de l'inhibition.

La lésion du centre bulbaire, qui amène la glycosurie transmet son influence, non par les cordons nerveux vague ou sympatique cervicaux, mais par la moelle cervicale ; car la section de la moelle au-dessus du renflement brachial, a pour effet d'opérer une perversion dans la fonction glycogénique, un véritable arrêt dans la série des transformations qui s'opèrent dans le foie pour changer en sucre les matières albuminoïdes du sang. Le sucre est dans le foie à l'état latent, car il y reparaît le foie étant séparé du corps. La section au-dessous du renflement brachial amène la disparition du sucre, qui n'est plus susceptible d'y revenir quand on abandonne l'organe à lui-même, comme dans le cas précédent. Comment interpréter ces deux expériences fondamentales dont l'une (piqûre bulbaire) augmente et l'autre (section médullaire cervicale) diminue la production sucrée, pour fixer la situation réciproque des centres sécréteurs du foie : car, aucun physiologiste ne rattache plus aujourd'hui les modifications fonctionnelles du foie à de simples modifications de l'activité circulatoire, déterminées par les actions nerveuses vaso-motrices? Il y a, comme le font remarquer MM. Chauveau et Kaufmann, pour la glande des nerfs excito-sécréteurs, dont le fonctionnement entraîne corrélativement celui des nerfs vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs suivant le cas et des centres antagonistes jouant le rôle d'agent fréno-sécréteur. Il n'y a aucune raison pour refuser au foie le même appareil nerveux.

La piqûre bulbaire n'agit pas par excitation du centre nerveux atteint, mais par destruction de ce centre. Il suffit, en effet, de voir les effets produits sur la fonction glycémique par la section de la moelle épinière, près de son union avec le bulbe rachidien, alors qu'on entretient, pendant un certain temps la vie de l'animal au moyen de la respiration artificielle. Cette section provoque l'hyperglycémie, elle a pour effet, d'abandonner le foie à un centre qui provoque une surexcitation de sa fonction glycoso-formatrice. Il y a donc dans la moelle un centre excito-sécréteur du foie que modère à l'état normal son centre bulbaire supérieur. On peut encore interpréter cette expérience de la façon suivante : La section bulbo-médullaire a eu pour résultat d'isoler un centre fréno-sécréteur agissant directement sur l'appareil nerveux périphérique du foie. Le bulbe contient ainsi le centre frénateur direct du foie, la moelle son centre excitateur.

La situation exacte de ce centre est déterminée par les résultats suivants : Si l'on vient à pratiquer des sections espacées sur la moelle épinière dans la région comprise entre la 4e paire cervicale et la 6e paire dorsale, on produit des effets inverses de ceux de la section bulbaire, l'hypoglycémie. Ces sections ont donc pour effet d'interrompre les communications du centre excito-sécréteur du foie avec l'appareil nerveux périphérique de cet organe. Ce centre excito-sécréteur se trouve ainsi placé à l'extrémité supérieure de la moelle cervicale, au-dessus de l'origine de la 4e paire cervicale. La situation réciproque des deux centres hépatiques est donc nettement établie, le frénateur dans le bulbe, l'excitateur dans la moelle cervicale supérieure. La suppression de l'action du premier centre laisse fonctionner, sans frein, le second, d'où l'hyperglycémie.

Les piqûres bulbaires pratiquées par MM. Hedon et Thiroloix, chez des animaux porteurs de greffe pancréatique ou diabétique après excision totale du pancréas et mise à jeun, provoquent toujours l'apparition ou l'augmentation de la glycosurie. Elles viennent ainsi apporter une nouvelle confirmation à l'existence d'un centre frénateur hépatique bulbaire. De ces centres partent des filets nerveux qui aboutissent aux cellules hépatiques et tirent des amas cellulaires nerveux centraux leur puissance frénatrice ou accélératrice.

Les données fournies par la piqûre bulbaire, la section juxta-bulbaire, la section médullaire comprise entre la 4e partie cervicale et la 6e paire dorsale, permettent de déterminer les voies suivies par les conducteurs nerveux centrifuges. Ceux qui relient les centres bulbaires frénateurs au système du grand sympathique doivent passer au-dessus du centre excitateur ; par conséquent, dans les racines des quatre premières paires cervicales, qui les cèdent au nerf vertébral ou au ganglion cervical inférieur. Cyon et Aladoff ont, en effet, obtenu l'hyperglycémie en extirpant ces ganglions cervicaux inférieurs

sympathiques. La lésion de ces filets frénateurs équivaut à la piqûre du 4e ventricule et par conséquent amène, d'une façon constante, l'hyperglycémie. Aussi, à partir de la 4e paire, plus la section se rapprochera du bulbe, plus elle intéressera de filets fréno-sécréteurs et laissera libre, intact, le centre excito-sécréteur.

Les fibres nerveuses excito-sécrétoires, issues des cellules nerveuses disposées d'une façon diffuse dans la région située au-dessus de la 4e paire cervicale, descendent dans la moelle cervico-dorsale depuis la 4e paire cervicale, jusqu'aux 6e et 7e paires dorsales et émergent des racines étagées entre ces limites extrêmes, avant d'arriver au sympathique. Leur section intra-médullaire sépare le foie de son centre excitateur cervical supérieur et laisse toute prépondérance au centre frénateur bulbaire, dont les fibres périphériques ont émergé de la moelle, au-dessus des points de section. Ainsi envisagé, l'appareil glycoso-formateur présente une disposition facile à comprendre, absolument analogue à celle de tous les autres appareils glandulaires. L'interprétation des phénomènes pathologiques serait ainsi simple à donner ; toute glycosurie avec hyperglycémie résulterait de la suractivité passagère ou permanente des cellules hépatiques; suractivité provoquée par une lésion indirecte ou directe, inhibitoire ou paralytique du centre bulbaire frénateur. Les choses, malheureusement, sont plus complexes et pour la production du sucre dans le foie, vient s'adjoindre un autre organe, *le pancréas*. La place que nous avons donnée à cet organe dans cette étude fait pressentir qu'il ne joue qu'un rôle d'adjoint dans la sécrétion sucrée. Comme nous l'avons déjà indiqué, sans le foie, il n'y a pas d'hyperglycémie possible.

IV

Le rôle du pancréas dans la question du diabète sucré expérimental est toutefois si considérable que nous allons d'abord envisager les effets de sa suppression lente ou brutale, puis dégager le mécanisme de son action.

M. Lancereaux appartient tout entier le mérite d'avoir signalé, dès 1877, qu'une variété de diabète, bien caractérisée en clinique, avait pour substratum anatomique, une lésion plus ou moins profonde du pancréas. Qu'avant lui, Bouchardat (1848), guidé par une fausse interprétation des phénomènes digestifs, ait réclamé des anatomo-pathologistes un examen attentif du pancréas à l'autopsie des diabétiques, que Cowley en 1788, Elioston, Bright, Chopart en 1821, Harley, Hartzen, Fles, aient rapporté des observations de diabète sucré avec lésion pancréatique, rien n'est plus exact ; mais il n'en est pas moins vrai, qu'aucun de ces auteurs n'avait établi une relation certaine de cause à effet entre l'atrophie pancréatique et la glycosurie, et n'avait intitulé son observation : *Diabète pancréatique*. Enfin, malgré sa communication faite à l'Académie de médecine en 1877, son enseignement clinique journalier, M. Lancereaux, jusqu'en 1889, ne trouve, à part ses élèves, comme Lapierre, aucun adepte.

La reproduction de ses idées n'est faite, par tous ceux qui s'occupent, pendant ce long intervalle, de la question du diabète, que pour montrer la banalité du désordre anatomique pancréatique. Il a fallu toute l'autorité des expériences de Mering et Minkowski, pour sanctionner la découverte de M. Lancereaux.

Peu à peu, la pierre angulaire de la pathogénie du diabète sucré, taillée uniquement dans le bloc hépatique, voit de plus en plus entrer dans sa constitution, le parenchyme pancréatique.

L'importance du pancréas dans l'économie est aujourd'hui immense; sans lui, en effet, plus de vie normale possible, puisque, prenant part à la fonction glycémique, il concourt à l'alimentation des sources de la force vive nécessaire au travail physiologique de l'organisme.

(*A suivre.*) Dr J. THIROLOIX.

REPORTAGE MÉDICAL

On annonce la mort subite du Dr *Antonin Désormeaux*, âgé de 79 ans, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris et du Dr *Legroux*, agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau.

— Mardi, 23 octobre, M. le Président de la République s'est rendu à l'Institut Pasteur et à l'hôpital Trousseau, pour assister aux inoculations de sérum antidiphtérique. Il a remis au Dr *Roux* la croix de commandeur de la Légion d'honneur, et au Dr *Martin* les palmes d'officier d'Académie.

Le Dr Apostoli vient de faire paraître, à la *Société d'Éditions scientifiques* un volume des plus intéressants dont nous recommandons vivement la lecture à ceux de nos confrères qui s'occupent de gynécologie.

Nous ne pouvons mieux faire que d'en donner quelques lignes d'avant-propos qui indiqueront à nos lecteurs le caractère de l'ouvrage :

L'Électrothérapie gynécologique a l'ambition légitime de plaider victorieusement, dans quelques cas, la cause de la conservation et de diminuer ainsi le nombre de certaines mutilations inutiles ou dangereuses, au nom des services qu'elle a rendus et qu'elle est encore appelée à rendre dans les mains de tous ceux qui sauront l'appliquer avec persévérance et sagacité,

Or, jusqu'ici, en présence de la masse énorme de travaux épars de tous les côtés et écrits dans toutes les langues, depuis sept ans, sur l'Électrothérapie gynécologique, il était bien difficile, surtout pour les lecteurs français ignorants pour la plupart des langues étrangères, de se faire à ce sujet une opinion vraiment motivée.

C'est pour combler cette lacune, que j'ai dû réunir dans le même *compendium* et en langue française, tous les mémoires les plus importants parus sur ce sujet.

Je me suis contenté de contrôler et d'annoter, quand il en était besoin, chaque texte sous la forme de notes mises au bas de pages et sous le titre général de :

« *Note du traducteur ou note de la rédaction.* »

J'endosse donc toute la responsabilité et la paternité de ces observations anonymes qui sont destinées à corriger, ou à atténuer beaucoup de jugements ou d'opinions qui m'ont paru erronées ou exclusives.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 44 3 Novembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LE DÉCRET DE GRACE

du Docteur Lafitte

Mercredi soir, à 6 heures, le Docteur Lafitte a pu rentrer dans sa maison et se présenter, le front haut, sans rougir, devant sa mère et ses enfants.

C'était justice ; mais le corps médical conservera toujours une profonde gratitude pour le chef de l'Etat qui l'a faite sans délai. L'*Association de la presse médicale Française* terminait son rapport en réclamant « *une grâce complète, comme pour un innocent* ».

Le Président de la République l'a accordée pleine et entière ; il a innocenté la victime, il a réparé, dans la mesure de son pouvoir, l'erreur judiciaire dont nous poursuivions le redressement. Madame Casimir-Perier s'est associée à cet acte ; nous en avons pour témoignage l'accueil particulièrement empressé qu'elle a fait à Madame Gilles de la Tourette, qui lui remettait la touchante supplique des enfants de notre confrère.

M. l'avocat général Melcot, mû par le sentiment de l'innocence du condamné, n'a pas voulu se borner à son éloquente plaidoirie en cassation. Il est intervenu directement auprès du garde des sceaux.

MM. les docteurs Toussaint et Legrix nous avaient les premiers signalé la catastrophe et deux amis de M. Lafitte, non médecins, MM. Esnard et Bernachon, avaient, sans une minute de défaillance, poursuivi sa défense, avec un dévouement que ne peut inspirer qu'un homme qui en est digne. Les populations de Rosny, les habitants de Sfax et de Tunis, les médecins belges, sur l'appel de M. le Directeur du *Scalpel*, la presse politique française, à peu près sans exception, des milliers de médecins avaient sollicité la grâce. En un mot, de tous côtés on avait réhabilité moralement le condamné.

La terrible leçon ne sera pas perdue. Tous nos confrères en feront leur profit et nous aideront à empêcher qu'elle se reproduise jamais.

Notre tâche n'est pas terminée ; il faut continuer l'œuvre de réparation. Le *Conseil de Direction du Concours médical* la poursuivra jusqu'au jour où sonnera l'heure *légale* de la *réhabilitation*.

M. le Dr Lafitte n'a pas perdu son droit à l'exercice de la profession. S'il décide de chercher, ailleurs qu'à Rosny, une nouvelle situation, nous ferons nos efforts pour la lui procurer, de concert avec toutes les Associations médicales et avec toutes les personnes qui se sont intéressées à son sort et qui veulent, comme nous, la *réparation matérielle et morale* d'une erreur judiciaire mémorable.

RAPPORTS STATUTAIRES

de l'année 1893-1894.

En vue de l'Assemblée générale du 18 novembre 1894.

I. — Rapport du Conseil de Direction.

Chers confrères,

Votre présence à nos assemblées a consacré, depuis quinze ans, tous les actes du Conseil de Direction.

L'échange d'idées, qui se produit, par la mise en présence des Membres du Conseil de Direction et des sociétaires, a un effet encore plus direct que tout ce qui se publie au journal. Les objections, qui peuvent se produire aux projets présentés à nos réunions, objections discutées, ne peuvent, dès lors, être considérées comme des fins de non recevoir, et toute proposition, à l'*ordre du jour*, est assurée d'être prise en considération, si la réunion la trouve fondée.

Nous avons, cette année, comme les précédentes, des questions intéressantes à vous soumettre et l'année qui suit est destinée à faire aboutir les projets discutés, lorsqu'on en trouve la possibilité.

Lorsque l'exécution rencontre des obstacles, les projets restent néanmoins à l'étude et on attend le moment favorable ; le Conseil de Direction ne néglige rien, pour réussir.

C'est vous dire tout le prix qu'il attache à votre présence. Un déplacement annuel à Paris est souvent possible, lorsqu'on s'habitue à prendre ses mesures pour venir faire connaissance, ou pour la renouveler, avec des confrères, qui, toute l'année, se sont occupés de vos intérêts. C'est le véritable moyen de les encourager. Venez donc, le 18 novembre, prendre part à l'Assemblée et au banquet, qui la suivra et envoyez-nous, par écrit, les propositions que vous désireriez voir figurer à l'ordre du jour.

Le but de la *Société du Concours médical* consiste dans l'étude et la défense des intérêts de notre profession pénible, peu lucrative, féconde en épreuves physiques et morales. Celui qui l'exerce, a besoin du soutien que donnent le sentiment des services rendus journellement à la Société, du devoir accompli et l'assurance d'avoir à côté de soi, avec soi, une *association* assez étroite, assez sincère, pour qu'en cas de péril, celui qui en fait partie, puisse compter qu'il sera assisté par ses confrères. Il faut aussi que, dans les circonstances habituelles, le médecin puisse rencontrer des facilités pour l'obtention des satisfactions qu'on peut lui procurer, lorsque la société dont il fait partie se met à sa disposition et par l'organe de cette société, le *Journal*, lui permet de manifester ses sentiments, de réclamer les services qu'on peut lui rendre.........

Depuis l'origine du *Concours médical*, ce sont là les tendances auxquelles le *Conseil de Direction* s'est toujours efforcé d'obéir.

Les médecins sont de plus en plus nombreux et le nombre des étudiants s'accroît ; ils sont mal répartis. Le *Concours* intervient par ses services de clientèle, par les avis qu'il publie, chaque semaine, afin d'arriver à la meilleure répartition des postes.

Il encourage les associations médicales à la répression de l'exercice illégal qu'il a facilitée par la part qu'il a prise au vote de la loi Chevandier. Par ses exhortations incessantes, il s'efforce de faire comprendre le préjudice que les médecins s'infligent, lorsqu'ils se font une concur-

---

FEUILLETON

Discours prononcé par M. le Dr Viger, ministre de l'Agriculture, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire du docteur Villemin, à Bruyères (Vosges).

Messieurs,

Les représentants autorisés de la science française apprécieront, mieux que je ne saurais le faire, la carrière scientifique et les belles recherches de l'homme éminent, dont nous honorons aujourd'hui le souvenir.........

Membre de la grande famille médicale, j'apporte personnellement ici le modeste hommage d'un disciple devant un de nos maîtres. Mais, comme ministre, je suis fier d'offrir, au nom du gouvernement de la République, l'expression de sa gratitude pour la mémoire d'un savant dont les grandes découvertes ont servi l'humanité en honorant la patrie.

Les amis de Villemin, ses compatriotes, ont obéi à une pensée délicate en élevant ce monument dans le pays même où naquit ce fils de la démocratie, car, pour apprécier la haute valeur morale de l'homme en même temps que ses mérites comme savant, il suffit de revenir à cinquante ans en arrière et d'évoquer à cette place même l'enfance de Villemin.

Il me semble voir une dure journée de vos hivers vosgiens et la verdure de vos prairies revêtue d'un blanc linceul. Là-bas, à l'orée du bois de grands sapins, dont les frondaisons sont couvertes de neige, un petit garçon en costume de paysan gravit péniblement la côte portant un paquet de livres : c'est le fils d'un modeste instituteur de hameau du voisinage allant à Bruyères perfectionner son instruction près d'un vieux professeur, fils de l'Encyclopédie et de la Révolution, savant modeste, dont la pensée altière ne se plaisait que dans la société des hommes de Plutarque ou dans la formation des jeunes intelligences à la science et à la philosophie ! Les mains de l'enfant sont glacées, la bise a rougi sa face, mais de ses yeux s'échappe un clair regard plein de cette ténacité vosgienne dont a parlé jadis un grand homme d'État. Une haute pensée illumine ses traits ; comme au personnage du drame, une voix lui a murmuré dans un de ses rêves : Tu seras roi ! Mais la souveraineté qu'il désire est celle de la science, et le trône dont il veut gravir les degrés, c'est la chaire du professeur. Les privations, les labeurs obstinés, les difficultés de la vie, rien ne l'arrêtera, car il est soutenu dans la lutte par une volonté qui triomphera de tous les obstacles.

Le service militaire le prend au moment où il venait d'obtenir son baccalauréat. Simple soldat, sa puissance de travail, l'élévation de son caractère, lui conquéraient la protection de ses chefs

rence mal avisée et funeste ; il réclame sans cesse contre la tendance qu'a la magistrature à ne pas protéger suffisamment l'exercice de la plus utile et de la plus désintéressée des professions ; il recherche, avec esprit de suite, les mesures législatives, qui permettront aux étudiants d'employer le temps de leur service militaire de la façon la plus utile pour les intérêts de l'armée nationale.

Le Conseil de Direction recherche aussi les moyens d'utiliser les bonnes volontés des nombreux médecins pourvus des fonctions législatives, départementales et municipales.

Ses efforts paraissent, cette année, encore plus appréciés, puisque la dernière inscription, comme membre de notre société, porte le N° 3.947, soit le tiers des médecins français.

Une circonstance qui ne peut être indifférente pour le succès des œuvres que le Concours médical se propose d'exécuter, c'est la constatation que le capital, dont les revenus sont utilisés chaque année, s'accroît dans une notable proportion, par le fait du plus grand nombre d'inscriptions. Le Conseil de Direction consacre sa surveillance et ses soins à la bonne gestion de ce capital et les sommes disponibles sont, chaque année, employées à l'exécution d'œuvres d'intérêt général.

Quant aux intérêts particuliers, les *services* établis leur donnent satisfaction, dans la mesure convenable et après quinze années d'existence, la pratique les a régularisés. D'ailleurs, comme chacun peut y recourir ou s'abstenir, ils ne comportent aucune critique sérieuse, d'autant plus que ces services ou bien accroissent, comme celui des *remplacements*, les ressources de la Société ; ou procurent, au journal lui-même, une part de ses ressources, consacrées à diminuer les frais considérables qu'il s'impose de toutes façons.

Cette année le *Conseil de Direction* avait pour principale tâche, celle qui a occupé et motivé de nombreuses séances, l'organisation de l'*Association amicale*, pour la délivrance de l'indemnité en cas de maladie à ses sociétaires. Il n'y a pas failli et, d'accord avec le Conseil d'Administration de cette association, il a pris toutes les mesures, fait toutes les dépenses que vous aviez autorisées, en 1893, pour le succès de l'œuvre. Le secrétaire général, Dr *Jeanne*, vous dira en Assemblée, le 18 novembre, le chemin parcouru, les résultats obtenus, ceux qu'il faut obtenir, les améliorations apportées à l'organisation primitive et nous espérons que vous aurez satisfaction.

Cette année, encore, le Conseil de Direction a eu la bonne fortune d'inspirer la réorganisation, par quelques députés médecins, d'un groupement indispensable : La *Réunion extra-parlementaire des médecins sénateurs et députés* qui, presque au nombre de cent, tiendront, tous, à honneur de faire partie de cette réunion. Le président est le professeur *Lubbé*; les vice-présidents sont MM. *Cornil* et *Lannelongue*. C'est à elle que nous devrons nous adresser, toutes les fois que nous aurons une réclamation fondée à présenter aux pouvoirs publics. Nous serons assurés d'y être bien accueillis, puisque c'est notre Société, qui en a provoqué l'organisation. Qu'il s'agisse de *médecine d'assistance*, de *service militaire des étudiants* en médecine, de garanties à procurer au médecin dans l'exercice de sa profession, et par exemple, de réclamations à faire prévaloir sur l'exercice de la Médecine des Frontières, sur les privilèges modestes des médecins des Lycées, des questions d'instruction médicale, de la loi sur la pharmacie, etc., nous

---

et l'amitié de plusieurs savants distingués, parmi lesquels le professeur Fée et son compatriote Mougeot (de Bruyères) auquel la science botanique doit de si ingénieuses recherches sur la classification des plantes et sur la mycologie. Reçu docteur à l'expiration de ses sept années de service, il entre dans le corps de santé militaire comme sous-aide-major. Il y parcourt tous les grades et arrive enfin au but suprême de ses efforts. Professeur, savant renommé, il connut le généreux orgueil de l'homme qui, luttant pour le triomphe de la vérité, voit ses travaux appréciés de son vivant et le monde scientifique, après des luttes passionnées, rendant justice à l'importance de ses découvertes.

Je suis bien sûr que ce savant modeste n'a jamais, durant sa laborieuse existence, songé qu'après sa mort on lui élèverait un monument ; mais il convenait de rappeler aux générations futures l'exemple de cet enfant du peuple, sa belle et noble carrière de savant. Voilà pourquoi nous sommes réunis aujourd'hui autour de ce marbre, qui perpétuera dans son pays natal les traits de Villemin dont la mémoire inspire une si légitime fierté aux habitants de Bruyères.

Si l'œuvre de Villemin constitue, en effet, une pierre de plus apportée à ce magnifique édifice que les savants de tous les temps et de tous les pays élèvent à la science, de leur génie et de leurs labeurs obstinés ; si elle est une des conséquences les plus ingénieuses de cette méthode expérimentale, dont la France peut revendiquer avec orgueil d'avoir été le berceau, c'est surtout une œuvre d'une haute portée sociale, car, en jetant une éclatante lumière sur la genèse de la tuberculose, elle arrachera dans l'avenir à une mort certaine des milliers d'êtres humains que l'ignorance où nous étions de la contagiosité de ce redoutable fléau vouait à la destruction par la contamination. Elle est également une preuve éclatante de cette puissante faculté d'observation du montagnard vosgien à laquelle nous devons tant d'illustrations dans les sciences naturelles et qui, par un phénomène d'atavisme, s'était produite dans Villemin à un si haut degré d'intensité.

L'histoire de la tuberculose se rattache étroitement à l'évolution et aux progrès de la méthode expérimentale. Depuis notre grand Laënnec dont la synthèse consacra les travaux de Baillie et de Bayle en rattachant à la diathèse tuberculeuse tout le groupe des lésions de ce genre et fit du tubercule une production étrangère, vivant d'une vie spéciale, nulle découverte n'a, plus que celle de Villemin, éclairé d'une façon lumineuse la nature de la tuberculose. En démontrant, par une série d'admirables expériences, la transmissibilité de la maladie par l'inoculation des animaux, quelle que soit la nature de la production tuberculeuse inoculée, en établissant

pouvons compter que nous serons compris et appuyés. Nous devons rappeler ici que les démarches, pour cette reconstitution, ont été faites par deux membres du Concours, MM. les députés *Pédebidou* et *Guéneau*.

Nombreuses sont les questions que le Concours médical a étudiées et dont il recherche la bonne solution.

La plus considérable, celle qui mérite notre plus sérieuse attention, celle qui mal résolue par les législateurs peut porter au corps médical, le plus grand préjudice, c'est la *loi sur l'exercice de la pharmacie.*

Nous avons demandé l'appui du groupe médical pour faire prévaloir les solutions formulées avec toute compétence et, ajoutons-le, avec la plus grande modération, par le *Concours médical*. Si nos articles de loi étaient adoptés, les intérêts légitimes des médecins et ceux des pharmaciens seraient sûrement sauvegardés. Nous avons, pour ces derniers, l'assentiment des plus autorisés dans la question.

En ce qui concerne la *déclaration des maladies contagieuses*, partisans du principe de la loi votée, qui nous oblige tous, nous voulons nous y soumettre, mais obtenir, par l'intervention des médecins législateurs, la modification des *arrêtés ministériels*, sur le mode de procéder, mode qui est susceptible de modifications favorables.

La *Loi Roussel*, loi sociale, au plus haut degré, exige elle aussi de considérables modifications dictées par une longue expérience. Nos confrères du Parlement nous aideront à obtenir les améliorations réclamées par MM. Courtault (du Cher), Toussaint (d'Argenteuil), Sutils (de Lachapelle), membres du Concours, qui connaissent à fond la matière.

Une autre loi, sur laquelle nous sommes tous à peu près d'accord, la *loi de protection de la santé publique*, est en délibération. Nous l'avons étudiée à diverses reprises et à son sujet, le *Conseil de Direction* estime qu'elle a un corollaire naturel, le *Ministère de la santé publique*. Il y aura, là encore, motif à intervention de la part des médecins, membres des chambres.

Une lacune existe aussi dans notre législation; c'est *l'établissement de l'inspection médicale des Écoles*. Elle est à peine ébauchée. Un de nos confrères, M. le Dr Jeanne, qui en a fait l'objet d'une étude approfondie, nous indiquera, en Assemblée générale, les voies et moyens pratiques d'une organisation économique, mais néanmoins rémunératrice pour les médecins.

Il faudra aussi recourir au *groupe médical* pour obtenir que le *tarif médico-légal* inauguré en France, soit étendu à l'Algérie. Il sera facile de démontrer que la promulgation de la *loi Chevandier* peut et doit se faire à notre grande et prospère colonie, d'autant plus qu'elle est en vigueur à la Martinique, paraît-il !

Le Conseil de Direction est heureux de vous dire que les diverses organisations, auxquelles il a pris, depuis des années, une part prépondérante, sont en excellente situation.

En Assemblée générale, nous dirons la situation de la Caisse des pensions de retraite, et vous exposerons les modifications qu'il était convenable d'apporter aux statuts primitifs, après dix années d'existence. Ces modifications ont été consacrées, en avril, par l'Assemblée générale de la Caisse. Ce qu'il importe aujourd'hui, c'est d'augmenter le nombre des adhérents, et le Comité directeur de la Caisse n'épargnera ni son temps, ni les ressources de la Société pour y parvenir.

L'œuvre des *Syndicats médicaux* est toujours la préoccupation du Conseil de Direction. Il s'associe très étroitement aux efforts de l'*Union*

---

que la tuberculose reconnaît une cause spécifique représentée par un virus, le professeur du Val-de-Grâce a fait faire un pas immense au problème de la pathogénie tuberculeuse, si longtemps obscurcie par les idées allemandes sur le dualisme de l'origine et de la nature des lésions. Sa découverte a donné naissance à de nombreux travaux qui nous permettent d'assurer, dès maintenant, la prophylaxie et peut-être, dans l'avenir, la curabilité de la tuberculose.

Ainsi se trouvent expliqués tous ces faits, dont l'interprétation exacte nous avait échappé jusqu'ici, influencés que nous étions par cette idée que le tubercule pouvait se transmettre uniquement par hérédité en évoluant sous l'influence des milieux. Nous savons aujourd'hui quelle part immense prennent à la transmission de cette redoutable affection les mille formes de la contagion et quelles mesures s'imposent à l'hygiène publique et privée pour en limiter les victimes.

De la découverte de Villemin datent les belles recherches de Cornil, de Chauveau, de Thaon, de Grancher, de Martin, de Klebs, de Toussaint, de Robert Koch, qui ont abouti à une nouvelle consécration de ses travaux. La théorie bacillaire de Koch, quelle que soit la manière dont on l'envisage et en faisant la part de certaines exagérations, qui en ont pu compromettre les résultats, n'a fait que confirmer la portée de la découverte de la contagion tuberculeuse tout en apportant une nouvelle preuve de l'influence prépondérante qu'exercent sur l'ensemble des recherches biologiques le génie de Pasteur et ses immortels travaux.

C'est donc avec raison qu'un de nos plus éminents professeurs a pu dire qu'après Laënnec proclamant l'unité de la tuberculose, après Villemin prouvant sa virulence, après Koch montrant dans le bacille l'agent de cette virulence, on peut espérer qu'un jour viendra où réellement la phtisie aura son vaccin.

Messieurs,

Les victoires des savants ont cette admirable conséquence que, si elles servent à l'humanité tout entière, elles doivent inspirer à leurs concitoyens une fierté sans mélange, car ces conquêtes n'excitent ni les amertumes de la défaite, ni les plaintes des vaincus. Inclinons-nous donc avec respect devant ce monument, élevé, pour rappeler les victoires scientifiques d'un de ces nobles conquérants, de ce fils de la démocratie qui, jusqu'à son dernier souffle, eut le culte des humbles. Ce coin de terre lorraine nous était bien cher ; nous l'aimerons encore davantage, puisqu'il porte l'image d'un homme qui, lui aussi, a souffert de nos douleurs, car il chérissait d'un égal amour la Science et la Patrie.

des *Syndicats*, pour faire ressortir les mérites de cette forme d'Association, réservée à un vaste avenir, et pour accroître le nombre des Syndicats, par tous les moyens de propagande à sa disposition.

Il ne se passe pas de semaine, que nous ne fournissions, aux organisateurs des Syndicats en création, les moyens matériels, les modèles de statuts, d'invitations pour participer à un Syndicat régional ou départemental. Nous puisons aussi, largement, dans les collections du *Concours* pour fournir aux Syndicats les éléments accumulés depuis quinze ans, dans les colonnes du journal, où toutes les questions syndicales ont été étudiées et résolues.

Notre *Bulletin des Syndicats médicaux* continue, avec succès, sa publication ininterrompue depuis 1885, publication qui a fait suite à la *Chronique des Syndicats* datant de 1881.

Un certain nombre de syndicats se sont constitués en 1893-94 et nous espérons bien que, dans un avenir rapproché, les départements rebelles jusqu'ici, suivront l'exemple donné de tous côtés.

La *Société de protection des victimes du devoir médical* est dans une bonne situation financière. Elle a, cette année, fourni une sérieuse allocation à la famille d'un confrère de l'Ouest et continué son assistance pécuniaire à la veuve, très intéressante, d'un médecin de Paris. Nous avons le vif regret de rappeler, ici, le décès du distingué secrétaire de l'œuvre, le Dr *Gillet de Grandmont*, qui avait de beaux projets pour la Société qu'il n'a pu malheureusement mettre à exécution. Nous aurons à pourvoir à la nomination d'un nouveau secrétaire général, de concert avec les *Présidents* de l'œuvre des Victimes du Devoir.

La *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du Concours médical*, est en excellente situation financière. Les ressources, intactes, s'accroissent des revenus. Trois fois seulement, depuis sa création, elle a dû intervenir, conformément à ses statuts.

Nous sommes en relations très directes avec une *Association* à la création de laquelle le Concours médical a contribué.

Lorsque le *Conseil de Direction* s'est trouvé en présence d'une cause destinée à avoir un long et douloureux retentissement, puisqu'elle a amené la condamnation d'un innocent, il a pensé qu'il convenait de faire appel à l'*Association de la Presse médicale française* pour procurer, au condamné, tous les appuis qu'il méritait.

Avant de faire consacrer sa décision par l'Assemblée générale, lorsqu'une souscription, réparatrice du désastre d'une famille médicale, s'est ouverte, le *Conseil de direction du Concours*, a voté la plus large subvention possible et il exposera ses motifs le 18 novembre.

En toutes circonstances, le *Conseil de Direction* s'efforce de faire converger toutes les *Associations médicales* à la défense de ce qu'il estime d'intérêt général.

Comme les membres du Concours médical font tous, ou à peu près, partie de l'*Association générale*, des *Syndicats*, de l'*Association de la presse*, des *Sociétés d'arrondissement*, il s'intéresse à toutes les discussions et à toutes les œuvres de ces diverses sociétés. Il y a sa place marquée et naturelle ; il se réjouit de tous les succès qu'elles obtiennent et ne porte ombrage à aucune, puisque toutes, sans exception, peuvent porter témoignage de ses efforts dans le passé, gage de son action désintéressée, dans l'avenir, pour le bien général.

Le Conseil de Direction du Concours Médical continuera à suivre la voie qu'il s'est assignée depuis tant d'années ; que les membres de notre Société veuillent bien lui prêter leur appui véritable, l'appui de leurs actes et les succès obtenus mèneront à de nouveaux succès.

II. — RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Situation financière de la Société civile du « Concours médical »

CAPITAL INALIÉNABLE

RECETTES

Au 1er octobre 1893, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	34.612 90
Espèces	432 19
Depuis cette époque, 117 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de	1.144 65
versés à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours médical*	
TOTAL	36.189 74

DÉPENSES

Sur cette somme il a été acheté 2 ob. ch. de fer de l'Est 3 0/0 nouveau au prix de	907 25
Notre capital inaliénable au 1er octobre est donc de :	
Portefeuille	35.520 15
Espèces	669 59
TOTAL	36.189 74

CAPITAL DISPONIBLE

RECETTES

Au 1er octobre 1893 l'avoir disponible était de	859 12
Depuis cette époque notre portefeuille a produit	1.036 04
Il a été reçu, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	110 00
Il a été perçu comme droits sur les remplacements	659 92
TOTAL	2.665 08

DÉPENSES

Frais supplémentaires du banquet	626 89
Frais de réunion et déplacements	500 00
Dépenses pour l'organisation de l'Association amicale des médecins français	890 56
Dépenses diverses	45 35
TOTAL	2.062 80
Balance en faveur de l'actif	602 28
Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1894 à :	
Capital inaliénable	36.189 74
Capital disponible	602 28
	36.792 02

Depuis le 1er octobre dernier, votre Conseil de direction, assuré qu'il était de votre assenti-

ment et pressé par le temps, a voté pour la souscription en faveur de la famille de notre malheureux confrère, le Dr Lafitte, la plus grosse partie de ses disponibilités c'est-à-dire 500 fr.

Ce qui fait qu'en réalité, nous n'avons plus en espèces disponibles que la somme de 102.28.

Comme toujours, depuis sa création notre Société peut, à juste titre, se glorifier de n'être jamais étrangère à ce qui intéresse ses membres et notre profession.

Elle consacre toutes ses ressources à des œuvres dignes de l'approbation de tous, comme elle l'a fait cette année, pour l'indemnité maladie et la souscription Lafitte.

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

Au 1er octobre 1893 :

Portefeuille	9.629 20
Espèces	459 77
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	10.388 97

Depuis cette époque il a été touché :

Coupons échus	289 19

DÉPENSES

Frais de gestion et droits de garde	9 75
Achat d'une obl. Est nouvelle numéro 176.604	453 60
TOTAL	463 35

Son avoir se décompose donc ainsi au 1er octobre 1894 :

Portefeuille	10.082 80
Espèces	285 61
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	10.668 41

Projet de budget de la Société civile du « Concours médical » pour l'exercice 1894-95.

Actif.

Avoir disponible	102 28
Revenu du portefeuille (environ)	1.057 72
Droits sur les remplacements (environ)	700 00
Dons probables	140 00
	2.000 00

Passif.

Frais supplémentaires de Banquet	600 00
Frais de réunion et déplacements	500 00
Affectations à proposer en séances	900 00
TOTAL ÉGAL	2.000 00

Dr MAURAT.

III. Rapport du Comité de Rédaction.

Une nouvelle année vient de s'écouler, et depuis le 1er juillet 1879, voilà la quinzième période durant laquelle le journal *le Concours médical* a tâché de justifier le crédit que lui font ses lecteurs. Grâce à l'activité et au zèle de ses rédacteurs, le journal s'est maintenu au rang qu'il avait conquis et il a fait de nouveaux progrès. Chaque année la place spéciale et, nous pouvons ajouter, sérieuse, qu'il occupe dans la presse médicale Française s'est élargie. Aucune question scientifique, ou professionnelle, n'a été négligée de parti pris. La multiplicité des sujets qu'il aborde, force nécessairement à opérer une sélection et, sans écarter les vues théoriques qui sont les axes directeurs d'une médecine pratique intelligente, nous nous faisons un devoir de ne pas insister, plus que notre cadre ne le comporte, sur les travaux de science pure, sur les opérations exceptionnelles que la majorité de nos lecteurs ne peut tenter, sans témérité, à défaut d'outillage et de pratique suffisante.

En un mot, le *Concours médical* a su mériter la confiance, dont l'honorent tant de milliers de médecins Français, dont le nombre s'est plus accru, en 1893-1894, que dans les années précédentes, soit à titre de membres du Concours médical, soit à titre d'abonnés. Ceux-ci, après un certain temps de lecture du journal, arrivent promptement à connaître les visées de la Société du Concours médical et sa valeur professionnelle ; ils deviennent les sociétaires les plus fidèles, en envoyant leur adhésion aux statuts.

Notre devise ne peut changer : « *Ecrire pour tous les praticiens* », devise qui est celle de bien des journaux de médecine et qu'il est si difficile de réaliser dans toute son acception. Quel que soit le mérite d'un journal, il doit, avant tout, obtenir le résultat d'*être lu* ! Sous ce rapport, nous croyons, d'après des témoignages incessants et désintéressés, que le *Concours médical* tient le premier rang. Nous écrivons pour « tenir nos confrères au courant de tous les progrès *acquis* de la science, afin qu'ils puissent en faire bénéficier leurs malades ».

Nous savons qu'il est plus utile de rappeler, par exemple, les moyens de guérir, sans délai, une ophthalmie purulente, ou d'appliquer un bon appareil de fracture, que de disserter, à perte de vue, sur les théories de pathogénie, ou sur le meilleur procédé de culture de tel ou tel microbe !

Nous n'avons pas à rappeler, ici, les noms de nos collaborateurs ; ils varient rarement et sont bien connus de nos lecteurs. Ils ont, dans le courant de cette année, abordé bien des parties des sciences médicales et lorsque l'une d'elles prend une certaine prédominance, c'est par nécessité.

Nous n'avons pas non plus négligé les grands *Congrès* qui ont eu lieu dans le courant des douze mois écoulés, dans différentes villes d'Europe. Ils ont été plus ou moins instructifs et le dernier, celui de *Buda-Pesth*, comptera parmi les plus mémorables, à cause des communications des *Elèves de Pasteur*, les *Metchnikoff*, les *Roux*, qui par leurs découvertes, ouvrent à la médecine des voies nouvelles. Souhaitons qu'elles se confirment et assurent, à leurs auteurs, le titre grandiose de *bienfaiteurs de l'humanité*.

Nos lecteurs peuvent compter que nous serons, dès que cela sera possible, à leur disposition, pour leur faciliter l'emploi de la *sérumthérapie*. Les mères en viennent, déjà, à accuser les médecins de les priver du remède, lorsque l'enfant, atteint de diphthérie, elles les conjurent de se procurer le liquide sauveur, qu'ils ne peuvent absolument pas trouver en ce moment. Ce n'est plus, heureusement, qu'une question de semaines. Nous aviserons.

Il n'est pas nécessaire d'énoncer, ici, les divers sujets que nous avons traités : puisque nous avons la bonne fortune d'avoir des lecteurs que le journal intéresse ; ces sujets sont tous, plus ou moins, présents à leur mémoire, l'énumération

en serait superflue et nous allons bientôt en publier la table détaillée annuelle.

Il suffira de dire que, pour l'année qui s'ouvre, à la collaboration de nos rédacteurs anciens, se joindra celle de quelques nouveaux qui contribueront, pour leur part, à la tâche scientifique et professionnelle que nous voulons accomplir de notre mieux.

Nos confrères, tout en ayant le légitime désir d'être informés de toutes les acquisitions nouvelles de la médecine et de la chirurgie, n'ont pas assez de temps pour lire les détails accessoires, souvent inutiles, dont sont entourées les communications sans nombre, faites dans les *Sociétés savantes françaises et étrangères*. Que de fois ces communications sont détruites par une communication à une Société différente. Des résumés rapides et précis, des revues générales, des conseils pratiques et des formules thérapeutiques, donnent un cadre suffisant à toutes les branches de l'art de guérir.

Une part, presqu'aussi étendue que celle qui est consacrée à la médecine est donnée aux questions professionnelles.

Nous n'hésitons pas, lorsque celles-ci sont d'un intérêt pressant, actuel, à les laisser empiéter, parfois, sur le domaine de la science, afin de justifier notre titre et de nous faire les fidèles interprètes de la *Société du Concours médical*, de toutes ses entreprises et de toutes ses aspirations.

Elles sont du reste aussi variées qu'importantes.

C'est d'abord l'organisation de l'*Assistance médicale* gratuite, question capitale pour nos confrères de la campagne surtout, qui a fait l'objet d'études nombreuses et sur laquelle nous nous sommes efforcés d'attirer l'attention des associations médicales diverses.

C'est ensuite la question du *Service militaire* des étudiants en médecine si mal résolue à tous les points de vue et sur laquelle les pouvoirs publics devront revenir quelque jour.

La *déclaration des maladies contagieuses*, mal introduite, vexatoire pour le médecin, inutile tant que la loi sur la protection de la santé publique ne sera pas promulguée, a été traitée à divers points de vue et des articles que nous avons publiés ressort clairement la possibilité d'améliorer ce service.

Faut-il parler de la réorganisation des études médicales ? du programme d'études de l'année préparatoire aux études médicales? du nouveau régime de ces études ? de la modification apportée au stage hospitalier ?

Toutes ces questions ont été passées en revue en leur temps : nous avons donné les actes officiels, les circulaires ministérielles réglant leur mise en pratique, les débats auxquels elles ont donné lieu devant les chambres et aussi les réflexions critiques qu'elles pouvaient suggérer.

Les questions toujours pendantes de l'exercice de la médecine sur les frontières et, d'une manière plus générale, par les médecins étrangers ont encore fait l'objet de communications nombreuses.

Nous nous sommes efforcés de même de combattre les abus vexatoires que la mise en pratique des nouveaux tarifs médico-légaux provoquait dans certaines régions.

Le chapitre *Jurisprudence médicale* a été assez fourni : nous estimons, en effet, que les divers jugements, intervenus dans les questions médicales, ont une importance très grande pour nos confrères et sont souvent, plus tard, recherchés par eux avec intérêt.

Le Dr Sutils, si compétent en matière de protection des enfants du premier âge, nous a exposé les réformes que réclame impérieusement la loi Roussel pour rester efficace.

Le Dr Grellety, d'autre part, nous déridait par ses feuilletons fantaisistes, tandis que le Dr Béraud condensait en quelques aphorismes humoristiques les conseils d'un médecin de campagne à son petit-fils.

Les questions déontologiques, que nous retrouverons encore, car elles restent de tous les temps, ont été magistralement traitées par le professeur Grasset, de Montpellier, et nous avons été heureux de leur donner toute la publicité du *Concours médical*.

Nous ne pouvons évidemment rappeler toutes les communications que nous avons reçues sur les sujets les plus divers : ici c'était un abus qu'on nous signalait, là une réforme ingénieuse qu'il conviendrait d'apporter à tel ou tel service, ailleurs une règle confraternelle qu'on serait heureux de voir adopter. Toutes sont publiées par le Comité avec le plus grand empressement, car elles contribuent à maintenir entre la rédaction et les lecteurs du *Concours médical*, cette communauté de sentiments, que vous vous plaisez chaque année à constater.

Bien que nous devions nécessairement nous borner dans notre énumération, nous ne pouvons pourtant pas passer sous silence les lettres si nombreuses que nous a values la malheureuse condamnation du Dr Lafitte : nous en avons publié des extraits, nous remettrons les originaux à notre confrère, peut-être pourront-elles adoucir un peu sa torture morale.

Les colonnes du *Concours* sont enfin restées largement ouvertes aux œuvres fondées sous le patronage de notre Société : la *Caisse des pensions de retraite du corps médical Français*, l'*Association amicale, la Caisse des victimes du devoir*, etc..., trouvent en lui des éléments de propagande sur l'efficacité desquels nous n'avons pas besoin d'insister.

Il en est de même des *Syndicats médicaux* qui continuent à nous tenir au courant de leurs travaux comme à nous demander nos conseils : ils n'oublient pas que c'est au *Concours médical* qu'ils doivent leur existence pour la plupart et ils savent qu'ils n'invoqueront jamais en vain son assistance ou son appui.

Vous le voyez, Messieurs et chers confrères, le champ d'études de notre journal est à peu près illimité : toutes les questions médicales ou professionnelles y sont abordées et discutées sans relâche et toutes les solutions proposées peuvent y être exposées par tous.

C'est cette collaboration incessante de ses lecteurs, qui lui a donné, dès le début, son caractère particulier; c'est à elle que nous devons notre originalité propre et notre succès : nous le sollicitons plus que jamais.

Le comité de rédaction s'efforce de donner au *Concours médical* toute la valeur et tout l'intérêt possibles, mais cette valeur et cet intérêt, vous ne l'ignorez pas, ils seront ce que vous voudrez qu'ils soient.

SOUSCRIPTION LAFITTE

Troisième liste.

Brung (Cercoux)........ 5
Malivert (Beaumont du Périgord)........ 5
Aubert (Mondovi)........ 5
Lorin (Paris, 26, rue de l'Abbé Grégoire)........ 5
Emmanuelli (Taulignan)........ 5
Battreau (Oucques)........ 10
Arribat (Salvetat)........ 5
Pinel (Pont-Rousseau)........ 5
Syndicat de la Sarthe (2e versement)........ 115
Auriol (Tarascon)........ 5
Baronnet (Mantes)........ 5
Glindziez (Couilly)........ 10
Weiss (Cousances-aux-Forges)........ 10
Lefèvre (Fumay)........ 10
Friot (Nancy)........ 20
Mathieu (Wassy)........ 10
Raynaud (Orléans)........ 5
Armand (Albertville)........ 10
Motel (Jaulnay-Clan)........ 5
Fleur (Montereau)........ 20
Ducoste (Brionne)........ 10
Un membre du Concours n° 3489........ 5
Mignen (Montaigu)........ 10
Lory (Ferté-Macé)........ 5
Japin (Etain)........ 10
Association médicale de la Sarthe........ 100

A reporter.... fr. 410

Report........ fr. 410
Ducloux (Fanjeaux)........ 5
Courtault (Ourouer-les-Bourdelins)........ 5
Sarret (Goncelin)........ 5
Calmel (Millau)........ 5
Puy-le-Blanc (Niort)........ 10
Freschard (Longwy)........ 5
Jomard (Beaujeu)........ 10
Guillaume (Chaumont)........ 5
Gaillard (Parthenay)........ 10
Tanguy (Plouescat)........ 5
Bertron (Vaiges)........ 5
Guyader (Brest)........ 10
Barthes (Ivry)........ 10
Garrigue (Vrigne-au-Bois)........ 10
Dupeux (Bordeaux)........ 10
Moch (Saint-Quentin)........ 5
Syndicat de l'arrondissement de Saint-Quentin........ 50
Damée (Dijon)........ 5
Rougier (Vermand)........ 10
Blondeau (Seurre)........ 20
Dumarest (Voiron)........ 10
de Kerhor (Belle-Isle)........ 5
Tarnowski (Joigny)........ 5
Hervier (Vierzon)........ 10
Baudry (Coex)........ 5
Paté (Puget-Théniers)........ 5
Houdart (Pontarlier)........ 5
Mazel (Anduze)........ 5
Forgeot (Saint-Raphaël)........ 5

A reporter.. fr. 665

Report........ fr. 665
Bertrand (Paris, 7, rue Maubeuge)........ 10
Nouet (Nœung-sur-Beuvron)........ 10
Syndicat des Basses-Cévennes........ 100
Rochefort (Chatou, membre du *Syndicat de Versailles*)........ 20
Steibel (Tournan)........ 20
Duchein (Seine-Port)........ 15
Poussié (Onzain)........ 5
Dechoudans (Saint-Jean-de-Gouville)........ 10
Bach (Toulouse)........ 5
Eyriès (Marseille)........ 5
Lhuillier (Santenay)........ 5
Petit (Aubignan)........ 5
Dheilly (Candas)........ 5
Castro (Méru)........ 10
Delille (Blanquefort)........ 5
Bois (Aurillac)........ 10
Un membre du Concours n° 58........ 10
Bernède (Agen)........ 10

Total de la 3e liste........ 925
Total des listes précédentes........ 4083

Rectification.— Reçu de M. le Dr Durand (Arcueil), 25 fr. au lieu de 20 fr. porté dans la dernière liste, *en plus*........ 5

Total général........ 5013

LA SEMAINE MÉDICALE

Le torticolis et le lombago articulaires.

Dans un récent travail publié par la *Revue de Médecine*, MM. A. Robin et P. Londe font observer que, bien souvent, on confond sous une même désignation, les torticolis et lombagos articulaires et musculaires. Certainement il existe un torticolis et un lombago musculaires, mais il y a des cas où le siège du rhumatisme est dans les articulations vertébrales cervicales (pour le torticolis) et lombaires (pour le lombago).

Dans tout torticolis, en effet, comme dans tout lombago, il faut explorer les vertèbres de la région correspondante et l'on constate alors, au niveau des articulations vertébrales, le maximum de douleur (points interépineux et intervertébraux, signalés déjà par Chomel dans le lombago rhumatismal) ; les attitudes vicieuses sont dues, dans ces cas, à une contraction musculaire non pas primitive, mais secondaire, destinée à immobiliser les articulations douloureuses.

Dans le torticolis, en particulier, il faut prendre garde de ne pas confondre le rhumatisme articulaire cervical avec le torticolis occipito-atloïdien de Dally qui est chronique. Les arthrites occipito-atloïdiennes de Dally, dit M. Walther, « reproduisent à s'y méprendre le type du torticolis musculaire », absolument comme les arthrites cervicales. La maladie de Dally se reconnaîtra à la « saillie postérieure de l'une des apophyses transverses qui devient très voisine de l'apophyse mastoïde, tandis que l'autre disparaît en avant et ne se retrouve que par la voie pharyngienne, laissant à sa place une dépression profonde parfois en coup de hache... »

« Enfin le sterno-mastoïdien du côté incliné est contracté par appréhension, raccourci », quoique le plus souvent « invisible ».

Quelquefois, le torticolis est dû à une contracture du muscle sterno-mastoïdien par inflammation mastoïdienne : il suffit d'y penser pour reconnaître l'affection.

Quant au diagnostic avec le *mal de Pott*, il a été magistralement tracé par M. Lannelongue. Les mouvements de rotation de la tête, dit-il, sont libres ; en effet, les articulations de l'atlas et de l'axis sont respectées. Il y a scoliose plutôt que déviation antéro-postérieure. Le gonflement est unilatéral. « Il n'y a pas d'empâtement total et symétrique de la région, et on ne trouve pas non plus cette tuméfaction envahissante des parties molles, qui dans le mal de Pott conduit à la formation des abcès. » L'atrophie des muscles, il s'agit de la forme chronique, est plus prononcée que dans le mal de Pott et unilatérale ; elle affecte le côté, dont les articulations sont atteintes.

Pour le lombago articulaire, MM. Robin et Londe lui assignent les symptômes suivants :

Douleur spontanée lombaire bilatérale ou médiane avec ou sans prédominance d'un côté.

Attitude penchée en avant, quelquefois avec inclinaison latérale.

Immobilisation de la moitié inférieure de la colonne vertébrale et du bassin, dans tous les mouvements.

Flexion, rotation et *surtout extension* pénible ou impossible.

L'inclinaison est quelquefois plus pénible d'un côté que de l'autre.

Rien ou presque rien à l'inspection.

Il est intéressant de comparer l'attitude diffé-

rente du malade dans le *lombago avec inclinaison latérale*, la *sciatique ordinaire* et la *sciatique spasmodique* (Brissaud). Dans le premier et le second cas, la scoliose est croisée et la concavité de la courbure regarde le côté sain. Dans la sciatique spasmodique, la scoliose étant homologue, la concavité de la courbure est du côté malade. Cette direction différente de la courbure dans la sciatique spasmodique et le lombago articulaire unilatéral est intéressante à retenir, car il ne faut pas compter sur les points douloureux du membre inférieur pour reconnaître la sciatique spasmodique, celle-ci affectant surtout le plexus lombo-sacré et la partie supérieure du sciatique.

Douleur provoquée : 1° Par la *pression* aux points suivants, ou au moins à l'un d'entre eux :

A. — Inter-épineux : sacro-vertébral et lombaires.

B. — Articulaires : des deux côtés ou d'un côté ; dans ce cas l'inclinaison se fera du côté opposé.

C. — Sacro-iliaques : des deux côtés ou d'un côté.

D. — Sacro-coccygiens.

2° Par la *marche*, particulièrement au niveau des deux symphyses sacro-iliaques ou de l'une des deux ;

3° Par la *percussion* sur les membres inférieurs, exercée de bas en haut, particulièrement au niveau des interlignes lombaire ou sacro-vertébral ;

4° Par la *station debout* et surtout le passage de la position assise à la position debout ; enfin par toute espèce de mouvement intéressant les articulations prises.

Pas ou peu de douleur à la pression des masses sacro-lombaires.

Formes :

A. Partielles : 1° Sacro-vertébrale ; 2° Sacro-iliaque, unilatérale ou bilatérale ; 3° Sacro-vertébrale et lombaire avec ou sans prédominance uni-latérale.

B. Totale ou tout au moins combinée.

Le meilleur traitement médicamenteux du torticolis et du lombago articulaires consiste dans l'administration du jaborandi, lorsqu'il n'y a pas de lésions cardiaques ou pleuro-pulmonaires contre-indiquant l'emploi de ce médicament.

Le malade — s'il s'agit d'un adulte — prendra le matin, à jeun et en une seule fois, une infusion préparée avec 4 grammes de feuilles de jaborandi, que l'on aura fait macérer d'abord pendant huit à douze heures dans 10 grammes d'alcool et infuser ensuite dans 150 grammes d'eau bouillante. Quinze à trente minutes après l'ingestion du médicament, on voit déjà apparaître la salivation, qui est bientôt suivie d'une transpiration abondante. Pour éviter les vomissements, le malade ne devra ingérer qu'une quantité modérée de boissons chaudes. Autant que possible, il devra garder le lit. L'effet thérapeutique du médicament se manifeste parfois le jour même, mais plus souvent le lendemain ; une seule dose suffit quelquefois pour amener la guérison complète. D'autres fois, on est obligé, pour obtenir ce résultat, de revenir à plusieurs reprises à l'usage du jaborandi, à des intervalles d'une journée.

Chez les enfants de dix à quinze ans, on pourra employer le jaborandi à la dose de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes.

Lorsqu'il existe des contre-indications à l'emploi du jaborandi ou que le malade refuse de se soumettre à l'action de ce médicament, on pourra s'adresser aux injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude (à la dose de 0 gr. 20 centigr. répétée deux fois par jour), qui donneraient souvent d'excellents résultats.

Le salicylate de soude échoue souvent dans le torticolis et le lombago aigus, mais l'usage de ce médicament est de rigueur lorsqu'il se produit une généralisation de l'affection rhumatismale.

Le massage sera pratiqué au niveau des points douloureux articulaires, qui devront être recherchés avec soin.

L'immobilisation n'est indiquée que dans les cas chroniques, ayant résisté au traitement médicamenteux et au massage. L'électricité sera employée pour combattre l'atrophie musculaire consécutive aux lésions invétérées.

Traitement médical de la pyélo-néphrite.

Personne n'ignore la fréquence de cette affection, si difficile à diagnostiquer dans certains cas, et si souvent confondue avec le lombago musculaire aigu ou chronique. Il est vrai que, la plupart du temps, l'examen des urines et l'interrogatoire du malade au sujet de ses antécédents urinaires suffiraient à faire préciser le diagnostic ; mais on n'y pense pas assez. Or dans les cas moyens de pyélo-néphrite, sans grosse tumeur et, par conséquent, sans indication chirurgicale immédiate, voici, d'après M. *Faucher*, quelle doit être la conduite du médecin :

I. Pyélite aigue et primitive. Hygiène et régime.

Eviter refroidissements, humidité, porter vêtements chauds, supprimer les exercices violents ; exciter les fonctions de la peau par frictions, liniments, alcools ; peu de rapports sexuels, régime lacté, pas de viandes marinées ou faisandées, proscrire asperges, tomates, oseille, haricots verts, pas de café, ni de thé, pas de boissons fermentées, sauf quelques verres de vieux bordeaux. Thérapeutique : A diminuer l'inflammation du bassinet ; *a*, révulsion cutanée, pas de vésicatoires, frictions, pointes de feu, ventouses ; *b*, révulsion intestinale, pas de purgatifs salins, dont l'action révulsive est faible et qui chargent le sang et par suite l'urine de sels irritants, préférer les drastiques ; Robin conseille 2 ou 3 pilules par jour contenant chacune 0,25 centigr. de scammonée et 0,05 centigr. de calomel. *B*. Rendre l'urine aussi aqueuse et aussi limpide que possible, régime lacté. *C*. Combattre la production des ptomaïnes et des matières extractives, purgatifs en favorisant l'élimination ; mais pour en empêcher la formation, employer l'alcool, 30 à 40 gr. par jour, ou le sulfate de quinine, 0,25 ou 0,40 centigr. par jour, en deux fois. Hydrothérapie, balnéation tiède.

II. Pyélite aigue secondaire. *Même traitement.*

Cas particuliers : pyélite traumatique ; émission sanguine, révulsifs, repos ; s'il y a plaie, antisepsie. Pyélite par rétention de corps solides : l'élimination sera obtenue par eaux de lavage peu salines (la formation sera empêchée, s'il s'agit de produits uriques, par l'eau alcaline). Pyélite par rétention d'urine : traiter la cause de la rétention. Pyélite blennorrhagique : user avec

ménagement des balsamiques. Pyélite médicamenteuse : supprimer l'agent thérapeutique coupable.

III. Pyélite chronique.

Thérapeutique : 1° révulsion, teinture d'iode, ventouses, pointes de feu ; 2° combattre la douleur, liniments calmants, opium, belladone, injections hypodermiques ; 3° rendre l'urine claire et limpide ; 4° rendre l'urine aseptique, balsamiques, benzoate de soude, acide benzoïque. (Alb. Robin formule une limonade contenant 1 à 3 gr. par jour, avec 80 à 100 gr. d'eau de cannelle ou des pilules, 0,50 ou 0,75 centigr. par jour, associés à la thériaque), borate de soude, huile de Harlem ; 5° modifier la muqueuse des calices et du bassinet, acide gallique, tannin, cachou, ratanhia. Hydrothérapie : *A*, externe, peu de bains et peu de douches ; *B*, interne, *a*, si la muqueuse est irritable, employer les eaux minérales très faibles ; *b*, si la muqueuse n'est pas irritable, prescrire les eaux minérales actives de l'Est de la France.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Appareil glycoso-formateur (*suite*).

En 1889, MM. Von Mering et Minkowski concluent de leurs expériences que l'ablation totale du pancréas engendre toujours chez les animaux un diabète fatal, absolument pareil au diabète pancréatique humain de Lancereaux. La similitude des phénomènes est telle, que reproduire le syndrôme chez l'un est faire le décalque de ce qu'on observe chez l'autre.

Aussitôt, après l'extirpation du pancréas, en effet, on voit presque immédiatement apparaître l'hyperglycémie et la glycosurie. Ce mode de début ne varie que, si l'opération a été incomplète, si on a laissé quelques débris pancréatiques dans la concavité duodéno-stomacale, en deçà des ligatures. En ce cas, la glycosurie qui suit le traumatisme des nerfs irradiés du plexus solaire, ne tarde pas à disparaître, et, l'animal ne présente que les effets de la suppression du pancréas digestif. La glycosurie persistante, au contraire, est bientôt accompagnée des phénomènes fondamentaux du diabète expérimental : polyphagie, polydypsie, polyurie et amaigrissement. Les féculents augmentent son taux et accélèrent l'amaigrissement, tandis que le jeûne prolongé fait baisser le chiffre de l'élimination sucrée jusqu'à la disparition. L'azoturie est toujours marquée et indépendante de la suralimentation. Malgré l'énorme quantité de nourriture qu'on leur donne, les chiens maigrissent avec une grande rapidité. L'amaigrissement, qui, chez l'homme, est beaucoup plus tardif que les autres symptômes, puisqu'il conserve intact le pancréas digestif, et présente de si grandes variétés, quant à l'époque de son développement, est ici contemporain des autres symptômes cardinaux du diabète. L'animal entre donc d'emblée dans le marasme, ce qu'expliquent, comme nous le verrons, la suppression du suc pancréatique et la venue de la glycosurie. Parallèlement à cet amaigrissement et à l'atrophie des masses musculaires, on observe une diminution progressive des forces.

Le diabète dure jusqu'à la mort des animaux opérés. Cette durée est éminemment variable et liée à un facteur bien déterminé aujourd'hui, la disparition plus ou moins radicale de toute substance pancréatique : aussi, peut-on créer à volonté un diabète qui durera quatre semaines à trois mois et demi. A l'autopsie des animaux, on ne trouve qu'une dégénérescence graisseuse du foie, qui est constante et une hypertrophie des glandes duodénales. La capacité en glycogène du foie et des muscles disparaît rapidement ; le foie même au bout de quelques jours en est totalement dépourvu.

Mering et Minkowski, dès cette époque, complètent la démonstration expérimentale du rôle du pancréas, au moyen des ablations partielles de la glande et de la séparation de l'organe du duodénum. Or jamais, tant qu'il reste un débris pancréatique en rapport avec le reste de l'économie par l'intermédiaire du système artério-veineux, on ne voit le diabète survenir.

Le pancréas semble donc se rapprocher du corps thyroïde et se comporter comme une glande à sécrétion interne qui, suivant la définition de Cl. Bernard, reprise par Brown-Séquard, verse dans le torrent circulatoire, les veines servant de canaux excréteurs, des produits qui assurent la fonction glycogénique. L'existence du diabète pancréatique expérimental était ainsi nettement formulée : La suppression de la cellule pancréatique est seule la cause de l'apparition de la glycosurie.

Les expériences entreprises par les auteurs qui vont suivre, appuient, corroborent et développent les conclusions des physiologistes de Strasbourg.

M. Lépine (de Lyon) ne tarde pas à confirmer les résultats de MM. Von Mering et Minkowski, dans une publication insérée dans le *Lyon Médical*, octobre 1889. Depuis, seul ou en collaboration avec M. Barral, M. Lépine a tenté de déterminer la fonction spécifique du pancréas par la recherche de la glycolyse, la destruction du sucre dans le sang.

MM. Hédon, Gley et Thiroloix, par leurs travaux, viennent apporter une confirmation à la loi posée par Mering et Minkowski, que l'ablation totale du pancréas est toujours suivie de l'apparition du diabète maigre. Malgré le grand nombre des expériences, leur précision, il restait toujours dans l'esprit de l'observateur, qui ne pouvait oublier le début si foudroyant du diabète humain, et la présence constante d'une quantité notable de cellules pancréatiques altérées à l'autopsie de ces diabétiques, un doute sur l'élément lésé dans les ablations du pancréas. Une ingénieuse expérience, exécutée par Minkowski, en 1892, puis répétée avec succès par MM. Hédon, Thiroloix, Gley et Lancereaux, vint donner une preuve indiscutable en faveur de l'action spéciale exercée par la glande pancréatique dans la fonction glycoso-formatrice de l'économie. Après isolement sous la peau de l'abdomen d'une portion du pancréas conservant pendant quelque temps ses vaisseaux et nerfs primitifs (ectopie), section de son pédicule vasculo-nerveux (marcotte), on peut extirper tout le pancréas laissé lors de la première intervention dans la cavité abdominale sans amener le diabète. Celui-ci éclate subitement, brutalement dès qu'on enlève la portion de parenchyme détachée et placée hors de la cavité abdominale sous la peau.

On observe, dès lors, un diabète aussi grave, aussi intense que lors de l'excision du pancréas en un temps.

Cette expérience fondamentale, qui n'est cependant qu'une variante d'ablation partielle de la glande, dissipa toutes les obscurités, en montrant que le pancréas fournit réellement, par ses éléments cellulaires, indépendamment de toute vascularisation et innervation primordiales, quelque chose qui agit pour régler la formation normale du sucre dans l'organe à glycogène.

Les deux faits expérimentaux, constants, fournis par l'extirpation totale et la greffe pancréatique, ont fait accepter désormais l'existence d'un diabète maigre, engendré par la destruction du pancréas, par l'insuffisance de ses cellules, en tant que fournissant une substance agissant sur la fonction glycogénique. La sécrétion de cette substance est absolument indépendante de la sécrétion du suc pancréatique, qui va se déverser dans l'intestin. On peut, en effet, supprimer ce dernier par la ligature des canaux excréteurs, par les oblitérations, avec les substances étrangères sans amener de troubles dans la sécrétion interne.

Inversement, comme l'a montré M. Thiroloix, lors de marcotte sous-cutanée, l'élimination d'un suc pancréatique digestif peut continuer à se faire, alors que la sécrétion interne est tarie et a provoqué l'éclosion d'un diabète maigre à marche rapide. Ces faits viennent donner une sanction physiologique aux constatations histologiques de M. Renaut, pour qui les cellules du pancréas sont ordonnées par rapport aux vaisseaux et non par rapport aux conduits excréteurs. L'activité de la cellule pancréatique est ainsi bipolaire, c'est-à-dire qu'à chacun de ses pôles est destinée une action différente : par l'un ou extrémité interne, elle verserait dans le conduit excréteur le suc pancréatique avec son triple ferment digestif, et par l'autre ou pôle externe, qui est en rapport avec des vaisseaux, elle transmettrait au sang veineux et aux lymphatiques, une substance qui intervient dans la glycogénie.

La suppression brutale et totale de la glande pancréatique en un ou plusieurs temps, amène toujours le diabète sucré : en est-il de même de la suppression lente ? Les expériences, que nous allons exposer, vont donner une réponse positive, et, mieux que l'excision en un temps, nous rapprocher de l'observation humaine et nous laisser entrevoir le mécanisme intime de l'action du pancréas sur l'organe à glycogène. Elles confirment ainsi ces phrases de Claude Bernard : il ne suffit pas, pour bien comprendre un phénomène morbide, de léser un organe ou de l'extirper et de constater ensuite ce qui survient au sein de l'économie après cette mutilation, mais il faut suivre pas à pas l'apparition de la marche des troubles fonctionnels, en étudiant parallèlement les transformations que subit l'appareil avant de parvenir à une désorganisation complète. C'est seulement alors qu'on peut se flatter d'avoir pris la nature sur le fait. La nécessité d'enlever toute la glande pancréatique pour obtenir l'apparition de la glycosurie, explique les difficultés considérables que les expérimentateurs ont éprouvé pour produire la glycosurie par atrophie progressive de la glande. La quantité glandulaire nécessaire pour assurer le fonctionnement normal de la glycoso-formation, est en effet à peine croyable, puisque M. Thiroloix a vu un gramme de pancréas atrophié, induré, ayant ses canaux excréteurs bourrés de substances étrangères, assurer la glycogénie normale. Claude Bernard, Schiff, malgré des expériences où ils considèrent la destruction de la glande comme parfaite, ne purent obtenir la glycosurie et n'observèrent que la première phase des phénomènes qui suit la suppression lente de la glande. Lorsque, comme l'a fait M. Thiroloix, on bourre les canaux excréteurs du pancréas avec une substance aseptique non résorbable, on observe d'abord chez les chiens un amaigrissement extrême, malgré une polyphagie considérable que suivent, comme corollaires, la polyurie et l'azoturie. Au bout de trois à quatre mois, les animaux récupèrent leur poids et le dépassent, présentant dès lors toutes les apparences d'un chien en bonne santé, suralimenté. Si l'on vient à rétrécir le champ pancréatique par des résections multiples de peu d'étendue à chaque intervention, on voit peu à peu se développer une glycosurie alimentaire, que l'on augmente, que l'on diminue et que l'on fait disparaître par l'augmentation, la diminution ou la suppression des féculents dans le régime alimentaire de l'animal. A un moment, variable suivant chaque expérience, on voit éclater une glycosurie permanente, avec le régime azoté, qui, d'abord légère, s'aggrave de plus en plus, suivant ainsi parallèlement l'atrophie des dernières cellules pancréatiques.

L'expérimentation, par une simple variante, peut décomposer encore plus le phénomène glycosurie, en soumettant au jeûne prolongé, les animaux, avant de leur extirper le pancréas. L'opération ne chassant plus du foie ses réserves sucrées, n'est pas suivie de glycosurie ; mais vient-on à donner une parcelle de viande à l'animal, aussitôt elle apparaît et continue tant que le foie a à sa disposition des albuminoïdes alimentaires qu'il peut transformer.

On crée donc ainsi, par ces deux procédés, atrophie lente et mise à jeun prolongé des animaux, avant l'ablation du pancréas, une glycosurie alimentaire féculente et albuminoïde que l'expérimentateur peut rendre à sa volonté intermittente ou continue. Si chez un tel animal, on pratique la piqûre bulbaire, la glycosurie augmente, indépendamment du régime, la cellule hépatique s'emparant pour fabriquer du sucre, des albuminoïdes du sang. L'animal dans le premier cas, crée du sucre avec les matériaux alimentaires et comme ce sucre, en excès, est sans cesse éliminé, il se trouve dans la situation d'un individu plus ou moins privé d'aliments ; dans le second, il se consume en empruntant à sa masse sanguine, les éléments nécessaires à la fabrication du sucre. Tels sont les résultats que donne l'expérimentation appliquée directement à la glande pancréatique : ils montrent que si le foie est le seul organe qui arrête, transforme et fabrique le sucre, le pancréas est aussi un organe à fonction spécifique absolument nécessaire au premier pour lui permettre de mener à bien la glycogénie normale.

La suppression du pancréas amène un trouble profond dans la glycoso-formation, il nous faut maintenant rechercher la nature de ce trouble. (*A suivre.*)

Dr THIROLOIX.

REPORTAGE MÉDICAL

Certificat de complaisance. — Un médecin de Montmartre, le Dr P..., vient d'éprouver les funestes suites de son irréflexion. On lui demande un certificat constatant l'état grave du grand-père d'un soldat, en congé, qui désirait une prolongation, pour assister aux derniers moments de son grand-père. Il le délivre sur la simple exposition des faits s'en rapportant aux dires de la famille et sans voir le prétendu malade. Enquête et condamnation à trois mois de prison, cent francs d'amende, avec application de la loi Bérenger. *Depuis deux ans, le grand-père était mort*, et les regrets exprimés par le médecin n'ont pu le faire absoudre. Ce qui veut dire qu'aucune légèreté n'est permise aux médecins, encore moins qu'à tout autre citoyen.

— Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine s'est réuni mercredi soir, sous la présidence de M. le Dr Verchère.

S'occupant d'abord de l'affaire du Dr Lafitte, le Conseil a décidé d'inviter toutes les Sociétés médicales adhérentes à souscrire et à verser les fonds entre les mains du trésorier du Conseil, M. le Dr Genesteix, qui s'entendra à ce sujet avec la Commission nommée par l'Association de la Presse médicale.

Le Conseil a décidé de faire de nouvelles démarches au sujet de la demoiselle Schœckle, dite Dr Henri Verneuil, condamnée, il y a deux ans, à un an de prison et 500 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, qui n'a ni fait sa prison, ni versé son amende et qui, à l'abri de quelque puissante protection, sans doute, continue à exercer non moins illégalement la médecine à Boulogne-sur-Seine et à Paris, à la barbe des médecins et des autorités.

Une réunion plénière des membres des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine sera convoquée pour le dimanche 16 décembre, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le Conseil a pris en considération la proposition du Dr Le Coin, demandant que tous les anciens présidents ou secrétaires généraux des Sociétés adhérentes continuent à faire indéfiniment partie du Conseil.

— *Le sérum antituberculeux.* — Les lauriers mérités du Dr Roux vont naturellement tenter bien des esprits ingénieux et ambitieux. Souhaitons-leur d'aboutir, mais en attendant méfions-nous des contrefaçons ou des imitations.

Le Dr Viquerat, de Genève, prétend guérir la tuberculose au moyen des inoculations de sérum d'âne ou de mulet immunisé. Malheureusement, les expériences sérieuses manquent et la méthode a été annoncée à grand fracas dans les journaux politiques ; enfin le Dr Viquerat fait savoir qu'il ouvre le 1er novembre une maison de santé, pour le traitement de la tuberculose par le sérum d'âne. Le plus étonné de tous est encore..... l'âne qui ne se doutait pas de sa valeur..... scientifique.

— Vendredi 26 octobre, l'Académie des sciences morales et politiques, sur les conclusions de M. Emile Levasseur, a décerné le prix Audiffred, d'une valeur de douze mille francs, à M. le docteur Roux, pour son dévouement à la science qui l'a conduit à la découverte du traitement curatif de la diphtérie.

— Le jury du Concours de l'Internat de Paris est ainsi composé : MM. Alph. Guérin, Th. Anger, Delens, Darier, Tapret, Thoinot, Boissard. La composition écrite (1re épreuve), a eu lieu le mercredi 24 octobre à l'Hôtel de Ville.

— Le concours pour le prix Duparque s'est ouvert le 1er octobre 1894 ; les manuscrits doivent être remis au secrétariat de la Société de médecine de Paris, le 1er octobre 1895, dernier délai.

Le sujet mis au concours est une question de gynécologie laissée au choix du candidat.

La somme à distribuer s'élève à 2,400 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société, 16, rue Vignon.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 45 10 Novembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

du 18 novembre, à 4 heures.

ORDRE DU JOUR :

1° Constitution du Bureau.
2° Allocution du Directeur.
3° Questions professionnelles à l'Etude.
4° Propositions des membres du Concours.
5° Etablissement du budget et vote de l'emploi des sommes disponibles.
Banquet à 7 heures.

Nous invitons instamment les membres du Concours, à nous informer de leur intention d'assister à l'*Assemblée* et au *Banquet*. On comprendra qu'il est impossible de prendre les dispositions en rapport avec le nombre des assistants à l'Assemblée et avec celui des convives du Banquet, si nous ne sommes pas informés de leur présence.

Nous demandons aussi, qu'on nous informe de son désir d'entendre la *Conférence* sur la sérumthérapie, que M. le Dr *Paul Le Gendre*, médecin de l'hôpital Trousseau, a bien voulu nous promettre pour le 18, à 11 h., au Grand Hôtel, sur la demande d'un certain nombre de nos correspondants.

On comprendra aisément, qu'elle ne pourra avoir lieu, que si nous sommes certains d'assurer au jeune Maître, un auditoire convenable.

A 2 heures, *Assemblée générale* des membres de l'Association amicale.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les hémorrhagies du placenta prævia.

Dans une de ses récentes leçons cliniques, le professeur *Tarnier* discute la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia et montre combien il faut lutter avec persévérance contre les hémorrhagies que détermine cette insertion vicieuse.

On distingue quatre variétés d'insertion vicieuse :

1° L'insertion est dite *centrale*, lorsqu'elle se fait tout à fait sur le col, centre pour centre ;

2° Si une partie du placenta recouvre le col, mais que sa plus grande partie réponde au segment inférieur du corps de l'utérus, l'insertion est *partielle* ;

3° Lorsque le placenta tout en étant inséré sur le segment inférieur, arrive par son bord jusqu'à l'orifice interne ou en est très rapproché, on a, l'insertion *marginale* ;

4° Enfin l'insertion est *latérale*, lorsqu'elle se fait à une certaine distance (à quelques centimètres) de l'orifice interne.

Ces quatre modes d'insertion présentent au point de vue anatomique des degrés divers d'un seul et même état, mais que de différences au point de vue du pronostic ! L'insertion latérale est presque bénigne, la marginale l'est moins, l'insertion partielle est assez grave et, enfin, l'insertion centrale est la plus grave, le pronostic étant souvent fatal pour la mère et le fœtus.

L'hémorragie est le symptôme le plus redoutable de l'insertion vicieuse. Elle se montre généralement au cours des trois derniers mois, rarement plus tôt ; on a même prétendu qu'elle pouvait quelquefois être la cause d'avortement, mais ce qu'on appelle une hémorrhagie par inser-

tion vicieuse du placenta, se produit d'habitude pendant le dernier tiers de la grossesse.

Le caractère particulier de cette hémorrhagie est de se montrer au cours d'une santé parfaite et de ne pas être douloureuse.

Ces pertes peuvent se répéter et se rapprocher de plus en plus à mesure que le terme de la grossesse approche. La quantité de sang perdu est très variable ; elle peut quelquefois être très considérable et même effrayante vers la fin ; en général l'abondance de l'hémorrhagie est en raison directe de la répétition de la perte. Les hémorrhagies, qui se produisent au moment de la délivrance sont particulièrement graves, et cela pour la raison suivante : la partie du col sur laquelle s'insère le placenta est très pauvre en fibres musculaires, aussi les contractions post-partum, si salutaires d'ordinaire pour empêcher une hémorrhagie grave, sont ici moins nombreuses, moins énergiques et, par conséquent, insuffisantes pour empêcher la béance des vaisseaux.

Quel traitement paraît être le plus rationnel contre les hémorrhagies du placenta prævia ? Pendant la grossesse, il faut appliquer le tamponnement de Leroux, de Dijon, avec des substances antiseptiques et pendant le travail, la dilatation avec le ballon de Barnes ou de Champetier et la perforation des membranes pour provoquer l'accouchement rapide.

Après l'accouchement, la femme doit être couchée horizontalement, la tête plus basse que le tronc ; il faut lui éviter le moindre mouvement, même celui de soulever la tête, car on risque ainsi de voir se produire une syncope grave et même mortelle.

A la moindre alerte, on comprime l'aorte, à travers la paroi abdominale, si cette paroi n'est pas trop résistante et on fait refluer le plus de sang possible vers la tête en appliquant une bande de caoutchouc aux membres inférieurs, depuis les orteils, jusqu'à la racine des cuisses.

Enfin il faut réchauffer la femme le plus rapidement possible par des linges chauds, des boissons alcooliques chaudes, s'il n'y a pas de vomissements, glacées, s'il y a des vomissements. On peut donner ensuite un peu d'opium pour faire tolérer l'alcool et empêche probablement l'ébranlement nerveux qui produit les syncopes.

Un moyen très en usage depuis quelques années et qui a rendu de grands services, consiste dans les injections hypodermiques d'éther, introduites en pratique par Verneuil. Mais ce sont surtout les injections de sérum qui ont donné d'excellents résultats, et ont produit parfois une véritable résurection. Si, pour une raison quelconque, on ne peut pas faire préparer le sérum de Hayem par un pharmacien, on emploie de l'eau bouillie à laquelle on ajoute du sel marin, 6 gr. par litre d'eau ; on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané 100, 150, 200 gr. de la solution. C'est un des meilleurs moyens de relever l'organisme et je crois qu'il remplacera complètement la transfusion qui avait aussi été essayée. Ce procédé a, entres autres, l'avantage, sur la transfusion, de ne pas faire perdre beaucoup de temps, ce qui est un argument fort important quand il s'agit d'une femme très affaiblie et ayant perdu beaucoup de sang.

L'hémorrhagie arrêtée, tout n'est pas encore fini ; il faut avoir grand soin d'instituer une alimentation choisie, afin de rétablir les forces de la malade : bouillons et potages froids, champagne frappé. Quelquefois, malgré l'emploi d'aliments froids, la malade rend tout ; il faut alors avoir recours aux lavements alimentaires.

Une des meilleures formules est la suivante : trois ou quatre fois par jour un lavement de 200 gr. de liquide composé de bouillon non salé, (il est mieux toléré, (en outre, le sel agit comme purgatif) auquel on ajoute la moitié ou les deux tiers de son volume de vin et 15 ou 20 gouttes de laudanum.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Appareil glycoso-formateur (*suite et fin*).

V

M. Lépine, prenant comme point de départ de ses recherches un fait nettement signalé par Cl. Bernard (le sang normal abandonné à lui-même à sa sortie d'un vaisseau, perd en un laps de temps, une certaine quantité du sucre qu'il contient), admet que la fonction spécifique du pancréas consiste à fournir au sang un ferment destructeur du sucre, ou ferment glycolytique. La destruction du sucre dans le sang étant appelée glycolyse, le pouvoir glycolytique est mesuré par la perte du sucre que subit une quantité donnée de sang (100 grammes par exemple) à la température de 39°. Chez le chien normal, pour le sang artériel, cette perte de sucre varie entre 20 à 40 pour 100 de la teneur initiale ; chez le chien, rendu diabétique par ablation du pancréas, la quantité détruite n'est plus que de 6 pour 100. De 25 pour 100 environ chez l'homme sain, le pouvoir glycolytique tombe à 16 pour 100 chez l'homme diabétique. L'existence d'un ferment repose sur ce fait, que dans le sang chauffé à 55°5, la destruction du sucre est nulle. Ce ferment provient, pour la plus grande part, du pancréas, et circule dans le sang vivant. Ces données permettent d'établir une pathogénie très simple du diabète d'origine pancréatique. Le pancréas verse normalement dans le sang et la lymphe, un ferment qui détruit le sucre du sang d'une façon régulière et constante. L'ablation totale de cet organe ou sa destruction pathologique amènent la diminution ou la suppression du ferment destructeur de la glycose : d'où glycosurie.

C'est là une théorie simple et séduisante, que viennent malheureusement renverser un grand nombre de faits expérimentaux.

La destruction du sucre, pour subvenir aux lésions du travail physiologique a lieu en effet, non dans le sang, mais dans les tissus (Chauveau). Bien plus, M. Arthus, étudiant les caractères du ferment glycolytique du sang, a montré que la glycolyse, comme la coagulation, était un phénomène cadavérique. La glycolyse est un peu plus tardive : elle est le second phénomène cadavérique. Le ferment glycolytique n'existe pas dans le sang circulant, il se forme hors de l'organisme aux dépens d'éléments figurés autres que les globules rouges.

Tout ainsi plaide contre l'existence d'un ferment issu du pancréas et agissant sur le sucre contenu dans le sang. L'hyperglycémie n'est pas le résultat d'une non consommation ; ainsi

se trouve anéantie aussi l'hypothèse émise par Mering et Minkowski pour qui l'extirpation totale amène un trouble profond dans les échanges nutritifs qui se font dans l'intimité des tissus. L'hyperglycémie n'est pas non plus le fait d'une accumulation dans l'organisme d'une substance, ferment ou toxique, puisque le passage direct du sang de l'artère crurale d'un chien qui, 26 jours après l'opération, présentait 7,5 de glycose dans l'urine, dans la veine crurale d'un chien plus petit, n'a même pas amené une glycosurie passagère.

La suppression du pancréas n'agissant ni sur le sang, ni sur les tissus, mais uniquement sur la cellule hépatique, il nous faut en rechercher le mécanisme.

Pour MM. Chauveau et Kaufmann, le pancréas a une action indirecte sur la glande hépatique; la substance qu'il fournit actionne les centres nerveux hépatiques frénateur et excitateur en sens inverse l'un de l'autre, de manière à produire des effets cumulatifs de même nature sur la fonction glycoso-formatrice.

Quand cette sécrétion se fait sentir sur eux, le centre fréno-sécréteur devient plus actif, tandis que l'excito-sécréteur du foie, au contraire, se modère dans son activité.

En extirpant le pancréas, on soustrait l'économie à ce facteur primordial et efficace, la sécrétion interne de la glande, on enlève l'agent principal qui influence et dirige les centres régulateurs de la fonction glycoso-formatrice de l'économie. Le fréno-sécréteur ne recevant plus l'effet excitant de cette sécrétion perd toute influence sur le foie et le laisse abandonné à son excito-sécréteur, dont le fonctionnement s'exalte. Avant de montrer quelles modifications profondes il faut apporter à cette conception, examinons les expériences de MM. Chauveau et Kaufmann, expériences qui ont eu l'énorme mérite de mettre en évidence les centres régulateurs de la sécrétion des glandes hépatique et pancréatique. Ce que nous avons déjà dit des centres hépatiques, va nous permettre d'être bref.

MM. Chauveau et Kaufmann ont recherché si l'expérience de Cl. Bernard et celle de Von Mering et Minkowski ne provoquaient pas l'hyperglycémie par le même mécanisme. Daus ces deux interventions, nous l'avons vu, le sang veineux est toujours moins riche en sucre que le sang artériel. La consommation du sucre dans les tissus reste la même que normalement: il y a donc excès de production, et comme il n'existe qu'un seul foyer glycogénique, il est donc nécessaire d'admettre une suractivité dans le foie. Dans l'hypoglycémie, il en est de même, la fonction hépatique est amoindrie.

Pour obtenir expérimentalement l'hyperglycémie, désormais synonyme de suractivité de la glande glycogénique, on peut donc, soit piquer le bulbe, soit enlever le pancréas. Les deux expériences ayant des conséquences identiques, on peut dire que l'hyperglycémie résulte de la suppression d'action du centre frénateur du foie ou de l'inhibition du centre excito-sécréteur pancréatique.

Aussitôt après cette suppression, la cellule hépatique chargée de la fonction glycoso-formatrice s'empare de tous les matériaux pour former du sucre, qu'elle verse d'une façon incessante dans le sang. Les deux glandes sont ainsi couplées l'une à l'autre et concourent ensemble à l'exercice régulier de la glycoso-formation.

La section de la moelle épinière près de son union avec le bulbe, la piqûre du plancher du 4[e] ventricule et l'extirpation du pancréas créent, comme nous l'avons déjà vu, une hyperglycémie identique, et comme il est nécessaire de tenir compte des deux organes couplés qui constituent l'appareil glycoso-formateur, l'un réglant, l'autre accomplissant la production, il faut admettre que la section bulbo-médullaire a isolé le pancréas de son centre excito-sécréteur ou le foie de son centre fréno-sécréteur et laissé intact, sans frein, au-dessous de la section, le centre excito-sécréteur du foie. Le pancréas règle donc la formation du sucre, en exerçant une action frénatrice sur le centre excito-sécréteur médullaire du foie, et sa sécrétion même est commandée par un centre excito-sécréteur bulbaire, ce que démontre la piqûre bulbaire après section des nerfs du hile hépatique. La piqûre du bulbe inhibe passagèrement le centre excito-sécréteur du pancréas, ou supprime le centre fréno-sécréteur du foie, d'où la même conséquence, l'hyperglycémie. Ces expériences ont enfin une très haute portée, puisqu'elles montrent que le pancréas, sans le système nerveux, ne peut faire l'hyperglycémie, le diabète. Les centres nerveux sont les intermédiaires obligés, pour la manifestation des phénomènes qui suivent la suppression du pancréas. Ces centres nerveux excito ou fréno-sécréteurs agissent, comme les nerfs cardiaques, sur les ganglions sympathiques, situés sur le trajet des nerfs, qui les unissent aux glandes hépatique et pancréatique.

Ces ganglions puisent leur activité excitatrice ou frénatrice dans les centres primitifs cérébro-spinaux et conservent la modalité physiologique, qui leur a été communiquée, tant que le centre antagoniste ne devient pas prédominant. Ainsi, après l'ablation du pancréas et par suite annihilation du centre primitif frénateur-hépatique, le centre excitateur transmet aux relais ganglionnaires une impression dans le sens de la surexcitation, impression qu'ils conservent même après la section médullaire. Inversement, la section médullaire en isolant le centre excitateur spinal et en laissant ainsi toute prédominance au centre frénateur bulbaire, crée dans les centres ganglionnaires, une disposition réfrénatrice, que la suppression du frénateur, par l'ablation du pancréas, est ensuite impuissante à modifier. Cette loi, une fois établie, MM. Chauveau et Kaufmann complètent leur démonstration des centres nerveux hépato-pancréatiques, en montrant que la suppression du pancréas a sur ces appareils ganglionnaires, une influence analogue à la section sous-bulbaire. La suppression du pancréas équivaut à la suppression de son excito-sécréteur bulbaire; aussi la section du bulbe n'ajoute rien à la dépancréatisation.

La section de la moelle cervicale inférieure, suivie de la suppression du pancréas, a les mêmes effets que cette section médullaire suivie de la section bulbaire (hypoglycémie), de même que la section juxtabulbaire suivie de la section médullaire, amène un résultat identique (hyperglycémie) à celui qu'engendre la suppression du pancréas suivie de la section de la moelle épinière. Cette équivalence entre la suppression du pancréas et la section juxtabulbaire amène à

conclure que le pancréas dans la glycoso-formation agit par sa sécrétion interne, en réfrenant l'activité du centre excitateur hépatique : il est le véritable frein du foie. Enfin, MM. Chauveau et Kaufmann, tenant compte du marasme dans lequel tombent les animaux dépancréatisés, généralisent l'action modératrice de la sécrétion interne du pancréas à tous les tissus, dont elle ralentit la désintégration histolytique incessante.

VI

MM. Chauveau et Kaufmann ont toutefois apporté à cette conception de l'action unique du pancréas sur le système nerveux, une atténuation très considérable. Le foie est réglé par le pancréas ; c'est là une notion incontestable. La suppression du pancréas amène une suractivité maladive de la fonction glycémique et, comme les veines du pancréas se rendent dans la veine porte, il n'était pas illogique de supposer que le pancréas, dont la sécrétion interne versée dans le sang, est apportée à la glande hépatique par ces veines, agit directement sur la cellule hépatique. Les expériences instituées par MM. Kaufmann et Thiroloix le démontrent.

Les résultats donnés par la glycosurie alimentaire sont confirmés par ceux de la section de tous les nerfs allant au hile du foie et la piqûre bulbaire. Aussi MM. Kaufmann et Thiroloix concluent-ils que le pancréas a une action frénatrice sur la glycoso-formation hépatique, non seulement par le système nerveux, mais encore et surtout en agissant directement sur les éléments cellulaires du foie.

Le mécanisme de cette action est tout entier à élucider. Pourquoi la cellule hépatique, insuffisamment alimentée par la sécrétion pancréatique interne, laisse-t-elle d'abord seulement passer le sucre des féculents, puis, lors de la suppression radicale de cette sécrétion, forme-t-elle du sucre avec les albuminoïdes de l'alimentation et enfin avec les matériaux du sang ? C'est là une question que des expériences ultérieures viendront éclaircir.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons tirer de cet exposé une vue d'ensemble de l'appareil glycoso-formateur. Le foie et le pancréas en représentent les parties essentielles : l'un produit le sucre, l'autre lui fournit une substance absolument nécessaire, non à cette fabrication, mais à l'arrêt du sucre alimentaire, à la rétention et aux transformations du produit sucré fabriqué dans les cellules hépatiques.

Cette association de deux glandes, réunies chez l'homme par le système veineux-porte, se montre dans toute son intimité chez les poissons osseux, animaux chez lesquels les glandes sont confondues, le pancréas étant disposé le long des ramifications-porte intra-hépatiques. Les deux organes sont eux-mêmes actionnés par le système nerveux qui en renferme les centres régulateurs. Le bulbe contient le centre sécréteur pancréatique, la moelle cervicale supérieure, le centre sécréteur hépatique. La suppression du pancréas, l'inhibition réflexe ou directe de son centre sécrétoire bulbaire, auront les mêmes conséquences, l'hyperglycémie par arrêt de la sécrétion interne du pancréas. La section médullaire au-dessous de la 4e paire cervicale, en coupant les conducteurs centrifuges du centre sécréteur hépatique, arrête la production sucrée du foie et laisse intacte la sécrétion du pancréas. Inversement, les phénomènes reçoivent une explication tout aussi satisfaisante en admettant que le bulbe renferme le frénateur hépatique ; les expériences de greffe pancréatique suivie de piqûre bulbaire en rendent l'existence incontestable.

Enfin, si nous réunissons les résultats fournis par les expériences des greffes pancréatiques et des sections des nerfs hépatiques, nous pouvons conclure que la glycoso-formation doit ne dépendre, au fond, que des propriétés inhérentes aux cellules propres de chacun des deux organes, foie et pancréas. Le processus de la formation du sucre est d'ordre cellulaire, mais réglé par le système nerveux, car, chez l'homme, la production du sucre doit être dans l'organisme, en rapport avec les besoins de la consommation. Le diabète résulte ainsi soit de la lésion des cellules hépato-pancréatiques (la cellule pancréatique n'est ainsi qu'une portion aberrante, extériorisée de la cellule hépatique) qui produisent, soit de l'altération du système nerveux qui règle la sécrétion de ces cellules.

Chez l'homme, la fréquence des lésions nerveuses l'emporte de beaucoup sur les lésions cellulaires ; aussi pouvons-nous conclure que les expériences de Cl. Bernard constituent l'assise fondamentale sur laquelle il est possible de fonder une théorie générale du diabète. La lésion centrale indirecte ou réflexe du centre bulbaire glycogénique et pancréatique du centre de la nutrition, équivaut à la destruction cellulaire du pancréas. Tous deux ont pour effet l'exaltation fonctionnelle de la cellule hépatique. Le pancréas, dont le rôle a paru si longtemps effacé, devient ainsi l'un des principaux rouages de l'économie, puisqu'il est indispensable pour le bon fonctionnement de la nutrition, de la calorification. Cet immense rôle explique peut-être que des quantités pour ainsi dire impondérables de son parenchyme, suffisent pour assurer la marche régulière de la glycoso-formation.

Ces données, péniblement acquises, n'ont pas modifié le traitement du diabète qui est aujourd'hui encore plongé dans l'empirisme le plus complet. Ne connaissant actuellement que très peu de chose sur les conditions nécessaires à la cellule hépatique pour la production sucrée, nous ne pouvons agir utilement. Supprimer la glycosurie par la suppression des féculents dans certains cas de diabète, n'est, en effet, que dissimuler l'incapacité de la glande, cacher une infirmité.

Ainsi s'explique jusqu'ici l'inanité des découvertes physiologiques pour faire avancer le traitement du diabète; mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que si la physiologie du diabète a fait de grands progrès, elle n'en a pas fait assez; elle n'est pas encore complète et laisse subsister beaucoup d'obscurités, que dissiperont de nouvelles recherches. Nous n'avons qu'une chose à faire, c'est de poursuivre le problème physiologique du diabète, avec la conviction profonde qu'en étudiant la question théorique, nous marchons sûrement vers la question pratique. (Cl. Bernard.)

Dr J. Thiroloix.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Diagnostic et traitement des tumeurs adénoïdes.

Les tumeurs adénoïdes sont surtout une affection de la deuxième enfance (de 2 à 12 ans); elles existent rarement chez l'adulte, ou plutôt chez celui-ci, les dimensions du pharynx nasal s'accroissant, les phénomènes de sténose diminuent, ce qui a fait dire que les tumeurs adénoïdes avaient de la tendance à régresser spontanément. C'est donc un enfant que nous prendrons comme type dans notre description.

L'aspect d'un enfant porteur de végétations adénoïdes est caractéristique. Résumons le facies adénoïdien : Bouche entr'ouverte (les parents croient à une mauvaise habitude), lèvre supérieure épaisse, dents mal plantées obliquement disposées, incisives faisant saillie en avant, chevauchant l'une sur l'autre, canines repoussées en dehors du rang, face pâle et aplatie. En plus, la voix a perdu de sa résonnance, elle est nasale, cotonneuse. La respiration nasale est empêchée ou insuffisante. La nuit l'enfant ronfle bruyamment et s'éveille la gorge sèche. Il est sujet aux maux de gorge (poussées congestives), il se plaint de lourdeur de tête, de névralgie frontale. L'intelligence semble engourdie, les maîtres se plaignent de son peu d'attention, de la faiblesse de sa mémoire (aprosexie de Guye). Les troubles de l'ouïe sont fréquents (bourdonnements, otites moyennes aiguës à répétition ou chroniques, obstacle mécanique à la ventilation de la caisse du tympan). Enfin, parfois divers réflexes peuvent compliquer la situation : asthme, palpitations, quintes de toux, nausées, etc...., dont il faut rechercher la cause dans le naso-pharynx.

Tous ces symptômes, et entre autres le facies adénoïdien, peuvent d'ailleurs se rencontrer dans diverses affections du nez (déviation de la cloison, hypertrophie des cornets inférieurs, etc.). Les signes physiques doivent donc venir confirmer le diagnostic. A l'inspection du pharynx on est frappé de l'aspect ogival de la voûte palatine; les amygdales sont souvent hypertrophiées, on voit des granulations sur la paroi pharyngée postérieure, le voile du palais est peu mobile. Si on fait maintenant la rhinoscopie antérieure, on peut parfois voir les tumeurs adénoïdes, mais souvent des déviations de la cloison, l'étroitesse des fosses nasales, etc...., gênent l'examen. La rhinoscopie postérieure permet de voir les végétations, leur aspect, leur point d'implantation, mais, outre qu'elle est parfois difficile chez les enfants, elle exige toujours une grande habitude et le moyen de diagnostic le plus simple, à la portée de tous, est le toucher digital, et voici comment on procède : Si l'enfant est petit, on le laisse debout ; s'il est déjà grand, on l'asseoit. L'opérateur entoure la tête de l'enfant de son bras gauche et la fixe contre sa poitrine; puis, avec l'index de la main gauche appliquée sur la joue du petit malade, il refoule la joue de l'enfant entre les arcades dentaires, évitant ainsi d'être mordu, car l'enfant voulant mordre, mordrait d'abord sa joue. De plus, on peut pour plus de sûreté se protéger le doigt avec un anneau en caoutchouc. On introduit alors l'index droit convenablement désinfecté jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Si le bord postérieur du voile du palais ferme le passage en s'appliquant à la paroi pharyngée postérieure, on pénètre par une des parties latérales, près des piliers et l'index entre dans le naso-pharynx, examine vivement recherche les adénoïdes, qui donnent une sensation de masse molle irrégulière, comme un amas de vers de terre pelotonnés, remplissant plus ou moins le cavum naso-pharyngé. On note leur siège, on recherche si la partie postérieure des cornets inférieurs (queues des cornets) est aussi hypertrophiée, puis on retire le doigt qui ramène un peu de sang et quelquefois un fragment de tumeur.

Les tumeurs adénoïdes une fois constatées, il n'y a pas lieu de s'arrêter au traitement palliatif (douches nasales, insufflations), toujours insuffisant. Il faut les enlever. Mais à quel âge ? Cela dépend du degré des divers symptômes, des troubles de l'ouïe, etc... Le mieux est d'opérer plus tôt. Cependant, chez les enfants approchant de l'adolescence, on peut attendre, si les symptômes ne sont pas très accentués et s'il n'y a pas de complications du côté de l'oreille ou de toute autre sorte.

Doit-on endormir le petit malade ? Les avis diffèrent. Nous avons vu, à Vienne, le Professeur Chiari rejeter absolument l'anesthésie. A Prague, le Professeur Zaufal opère sans anesthésiques, de même à Londres le Dr Pritchard. D'autre part, à Berlin, le Professeur Frænkel emploie le bromure d'éthyle. A Londres, la majorité des spécialistes emploie indifféremment le chloroforme ou le protoxyde d'azote. En France, depuis quelques années on emploie, presque exclusivement, le bromure d'éthyle. Quelques spécialistes cependant se refusent à toute anesthésie pour une intervention aussi rapide et de si peu d'importance, craignant les accidents, rares il est vrai, mais possibles, comme l'ont montré plusieurs communications dans ces derniers temps.

Si on emploie le bromure d'éthyle, voici comment on procède ; d'abord le bromure d'éthyle doit être incolore, d'odeur éthérée et non alliacée, on enduit de vaseline le visage du malade pour éviter les brûlures, puis sur un masque de flanelle recouvrant la bouche et le nez, on verse en une fois de 5 à 10 grammes de bromure d'éthyle et on invite l'enfant à respirer. Au bout de trente secondes au minimum (jamais on ne doit dépasser une minute sous peine d'accidents) on enlève le masque, la résolution musculaire est obtenue, on peut opérer. Après l'opération qui dure en moyenne de 20 à 50 secondes l'enfant se réveille pour cracher le sang et quelquefois quelques débris de tumeurs, le reste étant dégluti.

Avec le bromure d'éthyle, on opère en une séance et on se sert du couteau de Gottstein L'enfant est tenu sur les genoux d'un aide qui. pour plus de précautions, étreint ses jambes entre les siennes, maintient avec un bras le tronc et les bras du malade, et de l'autre fixe la tête. Le couteau de Gottstein est un anneau à bords tranchants fixé au bout d'une tige. Après avoir déprimé la base de la langue avec un abaisse-langue, on l'introduit dans le pharynx nasal en passant sous le voile du palais, on abaisse alors le manche le plus possible pour que l'anneau tranchant atteigne la voûte du cavum naso-pharyngé. A quatre ou cinq reprises la main s'abaisse

et se relève, pour que l'instrument râcle bien toute la cavité de haut en bas. Pour les végétations situées sur les parties latérales il est plus facile de les atteindre avec la curette d'Hartmann qui coupe latéralement et avec laquelle on râcle de droite à gauche. L'aide doit ressentir un ébranlement de la tête et résister à la pression exercée par l'opérateur.

On peut aussi se servir des pinces de Lœwenberg, Schech, Châtellier, etc... Ce sont avec quelques différences des pinces fortes à deux courbures : une au manche et l'autre aux branches, la première à concavité inférieure, pour que la main n'intercepte pas la lumière, la seconde à concavité antérieure, pour que les branches pénètrent dans le naso-pharynx. L'instrument se termine par deux branches en forme de cuillères ovales s'appliquant exactement l'une sur l'autre, à bords tranchants ou mousses selon qu'elles sont destinées à écraser, pincer ou couper. Pour opérer, on introduit la pince fermée, comme il a déjà été dit. Une fois les branches dans le naso-pharynx, on ouvre et on ferme la pince à plusieurs reprises et on coupe, on écrase ou on arrache les végétations. En élevant, en abaissant ou en portant latéralement le manche, les branches vont saisir les végétations en haut, en bas ou sur les parties latérales. Parfois on est obligé d'imprimer au manche quelques mouvements de torsion pour arracher les fragments saisis. Après quelques secondes, on retire la pince et on recommence dès que le malade est plus calme. On peut faire ainsi deux à trois prises dans une séance. Souvent, on n'enlève pas toutes les végétations en une seule séance, on peut alors faire l'opération à diverses reprises. Il est préférable d'employer le chloroforme ou le bromure d'éthyle lorsqu'on veut enlever tout en une seule fois.

Après l'opération, le sang sort par les narines, l'enfant crache des mucosités sanguinolentes, quelquefois des fragments de tumeurs, mais l'hémorrhagie est presque toujours peu importante et s'arrête d'elle-même ; au besoin on ferait des injections chaudes ou le tamponnement. Quelquefois le malade se plaint de maux de tête, de gêne pour avaler, il y a rarement de la fièvre. Quelques spécialistes recommandent de faire des irrigations nasales. Beaucoup recommandent de s'en abstenir.

Quelques jours après l'opération, la respiration nasale se rétablit, le facies reprend son aspect normal, la voix perd son timbre nasal, les troubles de l'ouïe disparaissent, tantôt spontanément, tantôt après quelques douches d'air. Plus tard le thorax se développe, l'enfant, arrêté dans sa croissance, grandit et la santé générale s'améliore rapidement.

Dr Pierre Maurel.

REVUE D'HYGIÈNE

Dans une leçon récente, le professeur *Forguet*, de Montpellier, nous donne de très utiles conseils sur la pratique de l'antisepsie chirurgicale à la campagne :

« Il faut avant tout de l'ordre et de la méthode : ce sont les conditions d'une préparation correcte à l'opération. Il faut savoir et prévoir tous les besoins éventuels, pour n'être point pris au dépourvu en pleine action ; dans l'agitation inquiète de l'entourage, dicter des ordres précis, calmes et clairs ; se faire un plan général préalable, aux détails constants, bien présents à l'esprit, dont l'exécution finisse par devenir une œuvre machinale. »

Il faut d'abord préparer le local, aussi spacieux, aussi propre que possible : on enlève les rideaux, les meubles inutiles ; on évite de soulever les poussières par un balayage récent ; on purifie l'air, on le désodorise en suspendant dans les angles, suivant le procédé de Nussbaum, des morceaux de calicot longs d'un mètre, larges comme la main et imprégnés d'essence de térébenthine rectifiée d'où se dégage l'ozone.

On dispose ensuite la table d'opération, le lit si incommode quand il est trop large, ou, de préférence, une forte table de cuisine, plusieurs tables juxtaposées suivant la longueur, au besoin une porte enlevée de ses gonds et posée sur de solides tréteaux. Deux autres tables sont nécessaires pour le matériel que l'on organisera hors de la chambre pour ne point impressionner le malade : sur l'une, sont placées trois cuvettes, terrines, soupières ou saladiers, destinés à la toilette des mains ; sur l'autre, plusieurs plats contenant les instruments (réunis ou divisés entre deux ou trois récipients), les tampons, les compresses, et plusieurs terrines ou assiettes creuses pour les solutions antiseptiques et l'eau bouillie. Plats et terrines sont flambés à l'alcool ou passés à la flamme d'une poignée de paille ou de papier. Enfin, un grand seau reçoit les débris opératoires, les tampons sanglants et les compresses salies.

Comme linge, quelques draps sortant de la lessive et purifiés par leur exposition à la lumière solaire, pour recouvrir la table d'opération ; quelques serviettes propres et bouillies dans l'eau pendant deux ou trois heures, pour recouvrir les abords du champ opératoire, les draps alèzes et les tables ; enfin, pour le chirurgien, une grande serviette nouée au cou, un tablier ou un long torchon fixé à la ceinture. Les manches de chemise sont retroussées jusqu'à mi-bras.

Quelques litres d'eau additionnée de 6 à 7 pour % de sel marin (en pratique, une poignée de sel par litre) et bouillie pendant une heure, serviront au lavage des mains, à la fabrication des tampons, à la confection des liquides antiseptiques, à l'irrigation des plaies souillées.

Il s'agit de procéder à la toilette si importante des mains. Dans une première cuvette, on les brossera au savon et à chaud pendant 3 à 5 minutes, en insistant sur la mise au net, à l'aide de la brosse à ongles (instrument indispensable), de la sertissure des ongles tenus courts, de l'espace sous-unguéal, des plis articulaires ; dans une seconde cuvette, on complète par un brossage à l'alcool, le dégraissage commencé par le savon ; dans une troisième, pleine de liquide antiseptique (de préférence, l'acide phénique ou le phénosalyl qui décapent mieux la peau que le sublimé) se prend un dernier bain de 3 minutes de durée. Le permanganate de potasse est encore avantageux pour cette toilette, car la teinte brune caractéristique ne se montre que sur les parties complètement dégraissées, et son absence indique par suite la nécessité d'un brossage supplémentaire ; mais, pour enlever cette teinte, il faut se laver ensuite avec une solution de bisulfate de soude à 10 pour 100 acidulée ; ce qui est une complication. — La région opératoire ou le membre blessé sont nettoyés de la même manière, parfois avec de l'éther ou de l'essence de térébenthine si l'épiderme est trop épais. La région est ensuite recouverte, avant l'opération, d'une compresse aseptique ; tout autour du champ opératoire, sont disposées des serviettes également aseptiques où se déposeront les instruments, où s'appuieront les mains du chirurgien et des aides.

Le nettoyage mécanique immédiat des instruments métalliques a une part dominante dans leur désinfection. Après chaque opération, il faut donc

les rincer à l'eau froide (l'eau chaude ou l'acide phénique coaguleraient les matières albuminoïdes adhérentes), les brosser dans un savonnage tiède en insistant surtout sur les parties accidentées ; les brosser à l'alcool et terminer par un bain de quelques minutes dans la solution sodique et par un essuyage soigné. Pour ensuite les aseptiser, il suffit, s'il s'agit d'une petite intervention, d'un pansement, de mettre les instruments dans un plat, d'y verser de l'alcool et de flamber ; — ou bien, s'il s'agit d'une opération importante comportant un nombreux matériel, on les fait bouillir pendant 30 minutes dans une solution de carbonate de soude à 10 pour 1000, ou, au besoin, dans de la lessive de ménage qui contient environ 14 pour 1000 de sels de soude : on notera que cette addition sodique porte à 104° le point d'ébullition de l'eau. L'ébullition peut se faire dans n'importe quelle marmite ; elle est bien supportée par tous les instruments, mais les aiguilles doivent être immergées, roulées à part dans une compresse. La marmite sera rapidement refroidie en la plongeant dans une terrine d'eau froide.

Les tampons de ouate, les compresses de gaze ou de toile fine, sont d'abord trempés dans la solution antiseptique, exprimés et tassés dans une compresse nouée en bourse qui ira bouillir pendant une heure dans l'eau salée ou l'eau sodique. On fera bouillir dans l'eau, pendant trente minutes, le crin de Florence, recommandable surtout, avec les fils métalliques, dans les sutures de la peau, et la soie tressée : cette dernière est altérée, dans sa ténacité, par l'ébullition dans les solutions de sublimé ou les liquides alcalins. Quant au catgut, il est peu à recommander en chirurgie courante, à cause de son aseptisation délicate, sa ténacité variable et sa résorption inégale. Divers appareils ont été imaginés pour aseptiser, conserver aseptiques et dévider les fils : un des plus commodes est celui imaginé par le Professeur Forgues.

On fait bouillir aussi, pour les désinfecter, les tubes à drainage, les sondes en caoutchouc rouge, les sondes et bougies à trame de soie recouverte de gutta-percha ou de caoutchouc ; quant aux instruments en gomme, ils supportent mal l'ébullition. On peut encore désinfecter les sondes en les suspendant au bouchon d'un bocal dans lequel on a jeté préalablement une mèche soufrée enflammée.

Parmi les antiseptiques usuels, on peut donner la préférence au sublimé, dont les pastilles comprimées sont si commodes pour le transport, et au phéno-salyl à 10 pour 1000. On y ajoutera une solution de permanganate de potasse à 1 pour 5 pour la désinfection des muqueuses et le dégraissage de la peau, un flacon de poudre d'iodoforme et un autre, de dermatol. L'ouate ordinaire peut facilement être rendue hygroscopique en la faisant bouillir dans la solution de soude et les compresses stérilisées, humides, saupoudrées d'iodoforme peuvent remplacer sans inconvénient les gazes du commerce.

Enfin, voici un appareil simple et pratique pour la désinfection et le transport des instruments et des objets de pansement.

Procurez-vous, dans le commerce, une de ces boîtes de fer-blanc à deux étages qui servent à faire cuire les asperges à la vapeur. Dans la boîte inférieure, qu'il faudra munir d'un fond mobile perforé, vous ferez bouillir vos instruments ; la caisse supérieure, à fond trouée, forme une petite chambre à vapeur où tampons et compresses se stérilisent à l'étouffée. Il est commode de faire chez soi l'asepsie préalable du matériel, le matin même d'une intervention prévue à l'avance : les tampons et compresses sont stériles après une heure, une heure et demie au maximum, de séjour dans le courant de vapeur ; les instruments le sont après trente minutes de bouillissage : c'est dire qu'il faut les placer plus tard dans l'appareil. Après ces délais, soulevez le fond mobile qui porte les instruments, videz la caisse inférieure, replacez-y les instruments à sec, et enfermez-y les tampons et compresses ; fermez avec le couvercle. Il n'y a donc qu'une boîte, peu volumineuse, à emporter ; on peut l'inclure en une chemise de cuir, ou plutôt de toile à voile facile à désinfecter par ébullition, munir cette chemise de courroies ou de poignées et disposer ainsi d'un outillage fort mobile et peu coûteux. Si l'on craint la rouille des instruments, il est aisé de les chauffer à sec pendant quelques minutes ; ils se recouvrent d'un dépôt pulvérulent de soude qui les protégera contre la rouille. Quant aux tampons et aux compresses, essorez-les en les exprimant dans vos mains aseptiques ; il n'est point utile, d'ailleurs, qu'ils soient totalement asséchés.

Dans cet appareil, la température au centre des tampons humides placés à la partie supérieure est de 8)° au moment où l'eau du récipient inférieur entre en ébullition ; elle est à 95° dix minutes après et atteint 100° trente minutes plus tard.

Dr Amblard (de Bellegarde).

SOUSCRIPTION LAFITTE

Quatrième liste.

MM. les docteurs :

Nom	fr.
Lhoste (Savigny-sur-Orge)	10
Taufflieb (Giromany)	10
Pasquereau (Boissière-du-Doré)	5
Pasturaud (Etampes)	10
Amblard (Bellegarde)	10
Samalens (Auch)	5
Rossi (Marseille)	5
Carcopino (Verneuil)	10
Menut (Vernoil-le-Fourrier)	5
Brassart (Villers-Cotterets)	5
Courtade (Outarville)	20
Lucienne, Marthe et M. le Dr Boyer (Le Puy)	10
Parahy (Perpignan)	5
Maupomé (Montégut)	5
Lécuyer (Beaurieux)	10
Bouyer (Saintes)	10
Masmonteil (Treignac)	5
A reporter	fr. 140
Report	fr. 140
Landry (Amboise)	2
Charnaux (Vichy)	10
Charpentier (Velesse)	5
Berty (Courtenay)	10
C P. 186	5
Association des médecins de la Loire et Haute-Loire	100
Jacob (Montsurs)	5
Peretti (St.-Denis-du-Sig)	5
Couraud (Damville)	5
Duprada (La Réole)	5
Syndicat de la Sarthe (3e versement)	20
Syndicat de la vallée de la Meuse	50
Speckhahn (Renwez)	5
Leroy (Vireux)	5
Séjournet (Revin)	5
Drapier (Liart)	5
A reporter	fr. 382
Report	fr. 382
Beugnies (Givet)	5
Benit (Givet)	5
Hamaide (Fumay)	5
Doyen (Reims)	5
Prévost (Renwez)	5
De Fisson (Chateauregnault)	5
Maquart (Braux)	5
Renson (Monthermé)	5
G. d'Hôtel (Poix)	5
H. d'Hôtel (Charleville)	5
Chatelin (Charleville)	5
P. Vassal (Mézières)	5
G. Vassal (Charleville)	5
Carlon (Charleville)	5
Pillière (Charleville)	5
Bonnet (Mézières)	5
Total de la 4e liste	462
Total des listes précédentes	5013
Total général	5475

CHRONIQUE DE L'ASSOCIATION AMICALE

Nous avons adressé la semaine dernière des convocations pour la réunion générale à tous les médecins déjà admis comme sociétaires, à tous ceux qui ont envoyé leur adhésion, aux confrères choisis comme délégués départementaux ou correspondants. Mais l'indispensable souci de l'économie nous a forcés de nous en tenir là.

Et cependant la liste est encore longue des confrères qui s'intéressent à l'œuvre, qui ont travaillé pour elle, ou formulé des vœux pour son succès. Aussi tenons-nous à leur adresser ici une invitation collective des plus pressantes. Qu'ils viennent nombreux remplir la salle, qu'ils jugent la tâche déjà remplie, et qu'ils retournent aux quatre coins du pays faire une active propagande en faveur de notre Société.

Nous tiendrons d'ailleurs ouverte durant la séance une liste d'adhésions nouvelles ; des exemplaires de pièces à remplir pour l'admission seront distribués sur le champ à tous ceux qui désireraient entrer dans l'Association le 1er janvier prochain.

Le bilan de notre première année d'exercice ouvre la porte à toutes les espérances, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par l'exposé du Secrétaire et du Trésorier ; et les craintes exprimées jadis par les plus pessimistes, sont désormais du domaine chimérique.

Aussi n'avons-nous plus qu'une préoccupation : enrôler tous les médecins sous notre drapeau dont les trois couleurs s'appellent le droit, la prévoyance et la solidarité.

Dr J.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déclaration des maladies épidémiques.

Nous recevons la lettre suivante :

Melun, le 8 octobre 1894.

Monsieur le Directeur,

Je m'associe entièrement aux conclusions de l'honorable docteur Béranger, qui insère dans le *Concours* « quelques réflexions sur les déclarations des maladies épidémiques ». Mais, pour mieux prouver que je partage ses idées, j'ajouterai que je l'ai devancé, en adressant au Préfet de Seine-et-Marne, le vœu suivant, voté le 10 juin 1894, par mes collègues de l'Association locale de Melun, Fontainebleau et Provins, dans notre réunion générale annuelle. . . . .

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Masbrenier.

Extrait du compte rendu annuel du secrétaire. . . . .

. . . . La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine a été votée et promulguée ; et elle nous régit depuis le mois de décembre dernier. Je vous ai déjà énuméré, en 1893, les avantages qu'elle nous concède. Je ne vous dirai qu'un mot de l'obligation, qui nous est imposée — sous peine d'une amende de 50 à 200 francs — de déclarer les maladies épidémiques aux Maires et aux Préfets. Cette loi va rencontrer des difficultés sans nombre dans son application. Et, dans beaucoup de circonstances, les médecins, respectueux du secret professionnel, placés entre la loi, à laquelle ils doivent obéissance, et leur conscience ennemie des transactions, seront soumis à de pénibles épreuves qu'ils devront surmonter.

Et d'abord, ne pensez-vous pas que le règlement administratif de cette loi ne peut produire d'effet utile que dans les grandes villes ? Dans les très petites villes et dans les bourgades pourvues d'un ou de deux médecins, au maximum, l'attribution de numéros pour désigner les maladies épidémiques et le médecin ne suffira pas pour conserver l'anonymat au praticien, désigné sous le numéro 173 (c'est le mien), quand tout le monde saura que lui seul donne les soins aux petits malades d'une commune où règne une épidémie de n° 4 (traduisez scarlatine).

Nous demandons une autre garantie : On a remis à chacun de nous un carnet de bulletins de déclarations. Ces bulletins sont autant de cartes-postales circulant en franchise. Les cartes postales sont faites pour être lues par celui qui les porte à la poste, par les employés et par les facteurs, par le personnel des mairies et des sous-Préfectures. Que voilà un secret bien gardé grâce à ces petits cartons ! Par eux, tout le monde saura que la variole ou la diphtérie ont élu domicile chez l'épicier ou le boulanger Z. et vous aurez mis leurs magasins en quarantaine. C'est nous exposer à commettre involontairement une indiscrétion fâcheuse et en même temps une vilaine action. Je vous proposerai, si vous partagez mes craintes à ce sujet, d'émettre un vœu pour que l'administration nous octroie une enveloppe sous laquelle les noms des médecins, ainsi que les noms des malades et l'adresse des malades seront abrités contre les regards curieux et déferont toute indiscrétion. Les sérieux motifs que nous invoquons suffiront, j'en ai la ferme conviction, pour que l'administraton n'hésite pas à accepter la modification, que nous lui proposons, malgré la dépense qu'elle entraînera.

Nouvelles mœurs médicales.

Chaque jour apporte une preuve nouvelle de l'utilité d'un journal comme le *Concours médical*, s'occupant surtout de questions déontologiques, et des services qu'il peut rendre en s'efforçant de secouer notre inconcevable apathie, pour tout ce qui touche au côté matériel ou moral de notre profession.

Les questions déontologiques acquièrent à notre époque une importance plus grande par suite de la transformation incontestable que subit le corps médical ; et les questions matérielles deviendront aussi plus aiguës, en face de la gêne croissante, que va faire naître l'augmentation du nombre des médecins hors de proportion avec les besoins de la population.

Mais, pour moi, le côté moral prime de beaucoup le côté matériel, dans une profession basée, comme la nôtre, sur la confiance et le respect du public. Or, il est impossible de le nier, le niveau moral s'abaisse chez nous, et, à ce point de vue, les nouvelles générations, dont je suis, ne valent pas leurs aînées. Le « *struggle for life* » y sévit avec une intensité inconnue jusqu'à ce jour, et les jeunes arrivent avec le besoin de gagner vite et beaucoup. . . .

Les causes de cette transformation sont multiples et claires à démêler.

C'est d'abord, et surtout, la démocratisation de notre profession. Autrefois le corps médical se recrutait principalement dans la bourgeoisie aisée ; seul, un père ayant une certaine aisance osait faire entreprendre à son fils une série d'études, qui passaient pour extrêmement coûteuses.

Il arrivait bien parfois que, le jeune médecin installé, l'heure de la désillusion sonnait pour

le père et le fils : on découvrait souvent alors que les gains n'étaient pas en proportion de la peine et de l'argent dépensé. Mais, le nombre des médecins étant moindre, ce cas était plus rare, et, quand il se présentait, on pouvait prendre plus facilement son parti de cette situation imprévue, grâce à la fortune de la famille. Le besoin ne se faisant pas sentir, l'idée ne venait pas d'employer les moyens nouveaux pour attirer quelque peu de cet argent nécessaire. Puis, le plus souvent, un mariage fortuné venait remettre les choses en un état plus satisfaisant. Et le médecin achevait son existence, aimé parce qu'il ne harcelait pas de ses notes le client dans la gêne, considéré parce que le besoin ne le forçait pas à user dans l'exercice de sa profession des procédés commerciaux. La note était encore une « note d'honoraires » et non une facture.

L'instruction secondaire se répandant de plus en plus dans les classes sociales différentes, quelques jeunes gens audacieux tentèrent d'affronter ces longues études, malgré leurs faibles ressources. A force de travail, d'économie, d'habileté, ils réussirent. Leur exemple en tenta d'autres et la physionomie du quartier latin changea peu à peu.

Les quelques places, permettant à l'étudiant de grossir son maigre pécule, et autrefois délaissées, furent prises d'assaut. Le nombre des candidats à l'externat augmenta, et les places dans les hôpitaux excentriques, octroyant quelques minces subsides (30 à 50 frs.) furent vivement recherchées. Alors qu'autrefois les places d'internes, d'externes même des asiles d'aliénés, étaient données sans concours, car on les remplissait à peine, aujourd'hui un concours a dû être institué devant le nombre croissant des candidats, et ce concours devient chaque jour plus sérieux. Et ce qui tente la majorité des étudiants, qui s'y présentent, ce n'est pas l'intérêt des études spéciales, ni l'ambition de devenir des émules de Falret ; c'est simplement l'attrait moins spéculatif des avantages matériels attachés à ces places.

Quand, à force de labeur, de privations de la part du médecin et de sa famille, on a enfin décroché le parchemin tant désiré, le triomphe ne dure pas longtemps, les difficultés deviennent plus terribles et la lutte plus âpre. Mais, cette fois, les ressources sont épuisées, et, coûte que coûte, il faut vivre, et devant la nécessité tous les moyens deviendront bons.

C'est ainsi que nous voyons d'authentiques docteurs étaler leur nom à la quatrième page des journaux quotidiens, faire distribuer des prospectus dans la rue, placer des cartes de visite dans les buen-retiro des établissements de nuit à la mode, parcourir la province avec leurs appareils, suivis d'un négrillon, après avoir annoncé la date de leur passage dans tous les journaux indigènes, d'autres couvrir de leur titre (Voir un procès récent) des magnétiseurs de foire et autres empiriques... Et je ne parle pas des procédés plus bénins, de la lutte plus vive, de la haine plus âpre, entre confrères, des calomnies, de l'avilissement des prix, etc.

Telles sont les mœurs nouvelles, qui s'acclimatent chez nous, et qui ne tarderont pas à jeter le discrédit sur notre profession, dont la considération, qui lui était attachée jusqu'à ce jour, n'était pas le moindre avantage.

Et que l'on ne dise pas que ce tableau est chargé et que je pousse au noir. Tout ce que je cite, je l'ai vu ; je pourrais mettre des noms partout, j'ai conservé les journaux et les prospectus et les cartes distribuées aux femmes dans un restaurant de nuit.

En vérité, mon cher confrère, les empiriques ne sont pas nos plus dangereux ennemis, défendons-nous contre eux, c'est bien, mais notre ennemi, c'est nous-mêmes, et si jamais la profession médicale perd la place qu'elle a occupée jusqu'à ce jour dans l'échelle sociale, ne nous en prenons qu'à nous-mêmes.

Et le remède. Il est bien difficile à trouver efficace pour un mal si peu objectif et partant, si insaisissable. Il est dans tout ce qui peut augmenter notre solidarité, diminuer notre isolement, nous mettre en contacts fréquents les uns avec les autres. C'est ainsi que les syndicats, les associations, les réunions fréquentes, en dehors et au-dessus de leur utilité matérielle, ont une utilité morale bien plus haute et plus importante, et vous faites œuvre éminemment saine et utile en les provoquant. Il faudrait que tous les médecins fissent partie d'une association locale quelconque, à réunions fréquentes ; peut-être même faudrait-il désirer la formation de conseils de médecins pouvant connaître des questions de discipline, analogues au barreau des avocats, ou aux chambres des notaires.

Dr Aymard.

La médecine des frontières.

Le *Concours médical* du 20 octobre publiait la consultation de deux jurisconsultes sur ma manière d'interpréter l'art. 5 de la loi Chevandier et les conventions internationales.

Voici encore deux consultations qui me donnent raison.

1° M. *Chastenet* m'écrit : « Je suis entièrement de votre avis sur la question des médecins de frontières, pour les raisons parfaitement indiquées dans votre rapport.

L'art. 5 de la loi Chevandier est bien clair. L'art. 28 le modifie seulement en ce sens que sa disposition ne doit pas avoir d'effet rétroactif, pour les médecins étrangers autorisés, *nommément*, déjà, à exercer en France.

Quant aux objections tirées des traités internationaux, notamment de l'art. 2 de la convention de 1881 avec la Belgique elles ne me paraissent pas résulter d'une saine interprétation de ce texte. Les étrangers peuvent user de réciprocité à notre égard. »

2° Enfin M. le *sénateur Trarieux*, Conseil judiciaire d'honneur de l'Union des Syndicats a bien voulu m'écrire la lettre suivante : « Je viens de lire très attentivement votre rapport sur les « médecins de frontières » et je crois fondée l'opinion que vous y exprimez ».

« La locution « ou qui sera » de l'art. 2 de la convention diplomatique, serait dénuée de sens, si elle ne visait pas les changements possibles de législation sur l'exercice de la médecine.

Et l'on conçoit très bien cette prévoyance, pour une question qui intéresse la santé publique et est d'ordre général. »

Nos confrères des frontières sont donc renseignés.

Ma thèse est la bonne.

Qu'ils poursuivent !

Dr H. Lecuyer.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

La prescription biennale des honoraires médicaux étant fondée sur une présomption de payement, l'aveu implicite de la dette rend cette prescription inapplicable.

Divers arrêts de la Cour de cassation de France ont établi que la prescription édictée par l'article 2272 du Code civil est fondée sur une présomption de payement. La loi du 30 novembre 1892 a bien modifié la durée de la prescription de l'action des médecins pour leurs visites et opérations, mais cette modification ne peut rien changer à la jurisprudence établie. Ainsi donc, si un débiteur reconnaît expressément ou tacitement n'avoir pas payé la dette qui lui est réclamée pour honoraires médicaux, il ne peut opposer la prescription de deux ans, et dès lors la créance du médecin devient une créance ordinaire, contre laquelle court seulement la prescription trentenaire. Par suite, le débiteur qui a reconnu implicitement sa dette doit être condamné au payement de la somme réclamée.

Ainsi décidé par un jugement du tribunal de paix du onzième arrondissement de Paris, rendu le 19 septembre dernier, et que nous reproduisons ci-dessous :

Attendu que le docteur L... a fait citer devant nous le sieur G..., à l'effet de s'entendre condamner à lui payer la somme de 200 fr., à laquelle il réduit sa demande, pour rester dans les limites de compétence, pour accouchement de la dame G..., requérant intérêts, dépens et exécution provisoire ;

Attendu qu'il ne saurait être contesté, en présence des documents de la cause, que le demandeur a été appelé, comme spécialiste et ancien élève de la Maternité de Saint-Louis, par la sage-femme P... et tout particulièrement par le docteur M... pour pratiquer sur Mme G... une opération des plus urgentes et nécessitant l'intervention d'un spécialiste ;

Attendu que le mandataire du sieur G... ayant opposé à la demande, la prescription, nous avons, par jugement contradictoirement rendu entre les parties, le 29 août dernier, ordonné leur comparution personnelle, laquelle a eu lieu à notre audience de conciliation sur lettre du 14 de ce mois, à laquelle le défendeur ayant prétendu faire résulter sa libération de ce fait que le docteur L... se serait refusé, en termes inconvenants, à accepter la somme offerte, pour les causes dont s'agit, a persisté dans le moyen de prescription opposé par son mandataire ;

Attendu qu'il ne s'agit pas, dans l'espèce, de rechercher si, à l'époque de l'opération, la loi du 30 novembre 1892 était applicable, puisqu'il appert de ce qui précède que le défendeur a, implicitement, reconnu qu'il n'avait pas payé la somme à lui réclamée, pour les causes de la demande ; que la prescription invoquée ne pouvant être fondée que sur une présomption de payement, ne saurait être appliquée dans l'espèce ; d'où suit que, sans nous arrêter, ni avoir égard aux conclusions tendant à déclarer éteintes, par suite de la prescription, les causes de la demande, c'est le cas de prononcer la condamnation demandée, que les renseignements par nous recueillis établissent n'avoir rien d'exagéré, soit à raison de l'importance et de la difficulté de l'opération, enfin des soins qu'a donnés le demandeur à la femme du défendeur ;

Par ces motifs, statuant contradictoirement et en premier ressort, vidant notre avant faire droit du 29 août dernier, sans nous arrêter ni avoir égard au moyen de prescription invoqué par le sieur G..., dont il est débouté comme n'étant pas fondé, disant droit sur la demande :

Condamnons le sieur G... à payer au docteur L... la somme de 200 fr. pour les causes dont s'agit, avec intérêts tels que de droit et dépens ;

Et, vu les dispositions de l'article 11 de la loi du 25 mai 1838, ordonnons l'exécution provisoire, nonobstant appel et sans caution du présent jugement.

(*Semaine Médicale.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Société médicale des Basses-Pyrénées,

20 septembre 1894.

Sont admis comme membres de la Société : MM. Gailhard, *de St-Jean-de-Luz* ; Brandeis et Orgogozo, *de Bayonne ;* Despagnet, Sarremone, Gallard, *de Biarritz* ; Larraidy, *d'Hasparren* ; Matton, *de Salies* ; Pochelu, *des Aldudes.*

Présents : MM. Batbedat, *Président*, Blazy, Dajas, Darbouet, Delvaille, Despagnet, Durruty (d'Hendaye), Gallard, Garat, Gibotteau, Lafourcade, Lasserre (Georges), Lavergne, de Luzarey, Matton, Orgogozo, Ribeton, Robert, Sarremone, Tucoulat.

Création d'un Syndicat.

M. Delvaille, secrétaire-général, lit la note suivante :

A la dernière réunion annuelle tenue à Bayonne il a été décidé que la Société s'occuperait de la création d'un Syndicat, tel qu'il en existe dans plusieurs villes, concurremment avec les Sociétés locales agrégées à l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France.

Il appartient à la Commission administrative de dresser le plan d'une étude de la question. Diverses circonstances ont empêché sa réunion, et il nous a paru, d'ailleurs, qu'une commission spéciale aurait plutôt qualité pour mener ce travail à bonne fin.

Il ne s'agit donc, aujourd'hui, que de poser quelques jalons, de dire la signification des Syndicats, de marquer la différence qui existe entre eux et les Sociétés locales, puis de renvoyer l'étude complète de la question à cette commission, dont je viens de vous parler.

Vous savez quel est le but de l'Association générale et des Sociétés locales. Il est inscrit dans l'article 6 du règlement général, ainsi conçu :

« Le but de l'Association générale, comme celui des Sociétés locales qui la composent, est de venir au secours de sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse ;

» De secourir les veuves, les enfants et les ascendants laissés sans ressources par les sociétaires décédés ;

» De donner aide et protection à ses membres ; de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public, et conformes à la dignité de la profession ; de fonder dans l'avenir une caisse de retraites ; de préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance. »

Ce but, que je viens d'indiquer, toutes les Sociétés locales y ont tendu dans la mesure de leurs forces, et du dévouement de leurs membres, grâce auquel la caisse de retraites, qui n'apparaissait que dans un lointain brumeux, existe depuis quelques années déjà.

Elle fonctionne aujourd'hui, et compte quatre-vingts pensionnaires. Dire, d'ailleurs, le nombre de ceux de nos confrères, qu'en dehors de la Caisse des retraites, nos Sociétés ont tirés d'une situation malheureuse serait une tâche difficile. Je ne l'aborderai pas.

Mais parmi les diverses modes d'assistance que l'Association générale doit avoir en vue, il en est

ceux qui, jusqu'ici, par suite de certaines difficultés, sont restées en dehors de sa sphère d'action : l'assurance en cas de maladie, la protection de nos intérêts matériels en regard des intérêts hostiles.

Je dirai un mot de chacun de ces deux modes.

L'obtention d'une indemnité maladie, vivement combattue au sein de l'Association générale et de plusieurs Sociétés locales, mais vis-à-vis de laquelle, elles ne maintiennent plus la même hostilité, va se faire en dehors d'elles et toutefois avec leur bienveillante coopération indirecte.

Vous connaissez la caisse Lagoguey ; tout récemment je vous ai entretenus de l'*Association amicale des médecins français*, qui est actuellement en bonne voie, et à laquelle plusieurs d'entre nous ont adhéré pour s'assurer une indemnité de dix francs par jour en cas de maladie.

Je passe à la protection des intérêts matériels du corps médical.

Longtemps aussi l'Association a été hostile à la création des Syndicats médicaux en vue de la défense de ses intérêts. L'hostilité avait trois sources.

On a dit d'abord : ce sont de petites questions fort au-dessous de notre dignité. On a dit ensuite : l'Association suffit à protéger ces intérêts.

On a dit, enfin : les syndicats n'ont pas d'action légale.

Peu à peu l'opposition a décliné, et maintenant elle s'est à peu près dissipée devant ce fait que, grâce à un vote du Parlement, les syndicats médicaux sont assimilés aux syndicats industriels créés par la loi du 21 mars 1884.

J'ai dit que les Syndicats médicaux s'occupent plus spécialement des intérêts matériels des médecins qui sont en butte à tant d'attaques. Mais ils défendent aussi nos intérêts moraux, et pourraient constituer, en certaines circonstances, un « ordre des médecins » analogue à l'ordre des avocats, imitation qui, jusqu'ici, n'a pas été approuvée par l'Association générale.

Voici quelques exemples pris dans les syndicats existants :

Le syndicat de l'arrondissement de Bastia a pour but : 1° La défense des intérêts professionnels, l'étude et la solution des questions qui intéressent les relations du médecin avec ses confrères, avec ses clients, avec les organisations sociales extérieures ; 2° la rédaction d'un tarif d'honoraires.

Le Syndicat du Pays blayais a pour but ; 1° D'établir des rapports permanents entre les médecins de la région, et d'aplanir tous conflits pouvant exister soit entre confrères, soit entre clients et médecins : 2° d'améliorer la situation, tant individuelle que collective, des membres qui le composent, en réprimant toutes les usurpations par les droits d'exercice que leur confère la loi.

Le Bureau forme, en quelque sorte, une Chambre de discipline, un Tribunal d'honneur auquel devront être soumis les conflits qui pourraient surgir entre confrères.

Il se mettra en rapport avec les pouvoirs publics pour défendre les intérêts des adhérents.

Le Syndicat de l'Oise, de même que celui de Pont-l'Evêque, est fondé sous le bénéfice de la loi du 21 Mars 1884.

Il a pour objet l'étude de toutes les questions professionnelles en général et en particulier, de celles qui peuvent se présenter dans le département.

Son but est l'établissement d'une union confraternelle, d'une solidarité professionnelle qui peuvent augmenter la dignité, la considération et le bien-être de ses membres.

Il poursuivra avec persévérance la répression de l'exercice illégal de la médecine ; il s'efforcera d'aplanir les conflits qui s'élèveront entre confrères.

Depuis, les Syndicats ont eu à s'occuper de diverses questions : l'assistance médicale dans les campagnes que les Conseils généraux ont étudiée et résolue dans leur session dernière ; les rapports avec les Sociétés de secours mutuels (Epernay, Versailles, Marseille) ; la loi sur la déclaration des cas de maladies contagieuses ; l'exercice illégal de la médecine en général, et par les pharmaciens en particulier ; l'exercice de la médecine par les médecins étrangers et de frontières, etc.

Ils viennent de prendre en main l'affaire du Dr Lafitte qui, lui, ne faisait partie d'aucun syndicat, et doit peut-être à cette abstention sa cruelle mésaventure.

C'est un tel syndicat que nous vous proposerions de créer à Bayonne, si du moins l'étude vous en démontre la nécessité.

Nous croyons qu'elle pourrait être renvoyée à une commission, dont il sera parlé à propos d'une autre question que nous abordons maintenant.

Tenue des Assemblées générales et des Banquets dans diverses villes du département.

La Société médicale des Basses-Pyrénées comprenait, au commencement de l'année, 61 membres. Quand elle aura, dans sa prochaine assemblée générale, à compter ses pertes et ses gains, elle vous dira que, par suite de la mort d'un de ses premiers fondateurs, elle n'avait plus, il y a un mois, que 60 membres.

Mais vous venez d'admettre 9 nouveaux membres : MM. Brandeis, Gallard, Gailhard, Larraidy, Orgogozo, Pochelu, Matton, Despagnet, Sarremone, ce qui porte notre contingent à 69. Or, le tiers à peine d'entre nos collègues assistent à cette séance, que nous avons essayé de rendre attrayante en organisant un banquet ici même, en pleine saison de Biarritz.

Plusieurs Sociétés se sont émues des mêmes inconvénients et ont essayé d'y remédier.

Je citerai, tout près de nous, les Landes et la Gironde, qui tiennent chaque année leurs réunions dans une ville différente.

Les médecins de la ville choisie ou des environs immédiats se rendent, il est vrai, plus nombreux que les autres à l'appel du Bureau ; mais au bout de quelques années, chaque médecin du département a au moins assisté à une de ces séances où les intérêts professionnels sont traités et défendus, et où, dans des banquets confraternels, on apprend à se mieux connaître et à s'estimer davantage.

Il y a plus. Cette pensée que l'on ne sera pas deshérité des assemblées générales et des banquets, stimule le zèle de tous et, chaque année, on se retrouve plus nombreux que si la réunion et le banquet étaient restés, pour ainsi dire, figés au chef-lieu.

Les sept arrondissements de la Gironde, les trois arrondissements des Landes, et, je crois, les trois arrondissements des Hautes-Pyrénées, reçoivent ainsi tour à tour, tous les sociétaires du département.

Cette année la Gironde a eu son fameux banquet de Pauillac, où le Président et le Secrétaire-général de l'Association générale avaient été invités, où les vins exquis ont coulé abondamment et éveillé la verve des convives. Cette année encore, dans peu de jours, le banquet des Landes se tiendra à Morcenx, pour célébrer le cinquantenaire professionnel du président de l'Association landaise, le vénérable Dr Massie.

Voilà un exemple que nous pourrions suivre, et voici, sauf votre approbation, ce que je crois devoir vous proposer.

Notre département serait divisé en trois circonscriptions représentées chacune par une ville : Pau, Bayonne, Orthez ; chacune de ces villes ayant un satellite : Eaux-Bonnes, Biarritz, Salies, qui pourront au besoin, l'été surtout, suppléer la ville principale.

Une autre combinaison consisterait à tenir la réunion dans le chef-lieu de la circonscription et le banquet au satellite. Il y aurait ainsi, chaque année, une réunion et un banquet, au lieu d'une réunion suivie d'un banquet.

Ce que je viens de dire vous semblera sans doute bien compliqué ; mais on pourrait renvoyer l'étude de ma proposition à la commission, qui examinera celle du Syndicat, et cette commission pourrait se réunir dans quelques semaines à Orthez ou à Salies.

Elle se composerait de deux membres par arrondissement, soit dix, présidés par le Président pour départager les voix.

Cette Commission fixerait le lieu de la première réunion de janvier 1895, à moins que d'ores et déjà vous ne fussiez disposés à désigner Pau, qui, depuis longtemps, est privé de nos assemblées.

Après une observation de M. Robert, qui propose de ne pas oublier Oloron, où se trouvent plus de médecins qu'à Orthez, et qui pourrait avoir pour satellite Eaux-Bonnes, l'étude des deux questions est renvoyée à une commission que le Bureau reste chargé de désigner.

Affaire Lafitte.

M. Robert demande que la Société prenne part au mouvement en faveur du Dr Lafitte, injustement condamné, et M. le Président dit qu'il en aurait saisi l'assemblée, car il a reçu à ce sujet une invitation du Syndicat de l'Association de la Presse médicale signée Cornil, de Ranse et Cézilly.

L'assemblée décide de s'associer aux démarches tentées en faveur de notre malheureux confrère.

REPORTAGE MÉDICAL

M. le Dr *Toussaint*, directeur de la *Revue du service d'inspection*, vient d'être autorisé à créer : « Un office central de renseignements, en vue de faciliter le recrutement des nourrices sur lieu et le placement des jeunes enfants, moyennant salaire », M. Toussaint se tient à la disposition de tous les médecins, pour l'inscription des nourrices à placer sur lieux ou à emporter.

— M. le doyen *Brouardel* vient de donner sa démission de médecin des hôpitaux de Paris. Il devient ainsi médecin honoraire des Hôpitaux et son service de la Charité est repris par le Dr Labadie-Lagrave.

— Le Conseil municipal a décidé, sur le rapport de M. Caplain, que la rue Sainte-Marguerite (faubourg Saint-Antoine) prendrait le nom de *rue Trousseau* ; que la rue des Sous Vaillants, dans le XIIIe arrondissement, s'appellerait *rue Charcot*, et que le nom d'*Ulysse Trélat* serait donné à une nouvelle rue ouverte entre la rue de Tolbiac et la rue du Chevaleret.

— Dans la séance de lundi, le Congrès de médecine interne a décidé que sa deuxième session se tiendrait à Bordeaux, au mois d'août ou de septembre 1895, à une date qui sera ultérieurement fixée.

M. Bouchard a été élu président du prochain Congrès ; M. Pitres, vice-président.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour ;

1° Des myélites infectieuses ;

2° Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie ;

3° Des antithermiques analgésiques.

— *Loi sur l'exercice de la pharmacie.* — Au Sénat, M. Cornil a demandé que la discussion de la loi sur la pharmacie, qui était à l'ordre du jour depuis plus de six mois, fût retardée d'une quinzaine de jours, parce que la commission a entendu plusieurs personnes représentant l'Ecole de pharmacie, qui ont demandé diverses modifications.

Le renvoi a été ordonné, malgré les observations du Président, qui a fait remarquer que les réclamations élevées sur un rapport déposé depuis six mois, sur une proposition connue depuis le même temps, sont tardives et que ce retard est regrettable. Toutefois, la commission profitera de ce délai pour ajouter un article relatif au sérum antitoxique.

— Sur la proposition de M. Dujardin-Beaumetz, le Conseil d'hygiène de la Seine a fait, parmi ses membres, une souscription s'élevant à 1040 francs pour l'œuvre du nouveau traitement de la diphthérie de M. Roux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3948. — M. le docteur Colin, de Quimper (Finistère), membre du Syndicat du Sud-Finistère.

N° 3949. — M. le docteur Bergès, de Houdan (S.-et-O.) présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Gaillard, d'Hartennes (Aisne) et Patritti, de Brignoles (Var), membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 46 17 Novembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

du 18 novembre, à 4 heures.

ORDRE DU JOUR :

1° Constitution du Bureau.
2° Allocution du Directeur.
3° Questions professionnelles à l'Etude.
4° Propositions des membres du Concours.
5° Etablissement du budget et vote de l'emploi des sommes disponibles.
Banquet à 7 heures.

A 11 heures du matin

Conférence du Dr P. Le Gendre

Salons du Grand-Hôtel.

A 2 heures, *Assemblée générale* des membres de l'Association amicale.

LA SEMAINE MÉDICALE

La sérothérapie de la diphtérie.

Les expériences se multiplient et les résultats continuent à être excellents : toutes les diphtéries graves guérissent après trois ou quatre injections de sérum ; seules, les diphtéries hypertoxiques sont, on le conçoit aisément, absolument rebelles à la sérothérapie comme aux autres méthodes de traitement.

La mortalité par la diphtérie se maintient pour Paris à 5 ou 6 par semaine au lieu de 19 ou 20, chiffre moyen habituel. Mais en dehors de l'hôpital, il se fait peu d'inoculations en ville, vu les nombreuses démarches que nécessite encore la fourniture du sérum.

Il est, en effet, bien plus rapide de porter l'enfant à l'hôpital et l'application est faite plus complètement et plus sûrement. Toutefois, nous devons rendre cette justice à l'Institut Pasteur que tous les efforts possibles sont faits pour satisfaire tous les médecins de la ville, qui font une demande de sérum. C'est à l'hôpital Trousseau que le service de la sérothérapie est le mieux organisé pour le moment. M. Baratoux rend ainsi compte du fonctionnement de ce service, dans la *Pratique médicale* :

« Qu'un enfant atteint d'un mal de gorge se présente à la consultation, immédiatement on recueille le produit de ses amygdales ou la fausse membrane dans des tubes de sérum que l'on place immédiatement dans l'étuve ; puis l'enfant est dirigé sur le pavillon des douteux.

« Ce pavillon, composé de deux parties, l'une destinée aux angines et l'autre à la rougeole, scarlatine, etc., est formé d'une série de chambres isolées donnant sur un couloir central. Ces deux services, angines et fièvres éruptives, sont séparés par la cuisine et le cabinet du médecin.

« Ces chambres, isolées, au nombre de 8, bien aérées, fermées par une large baie en verre du côté du corridor renferment toutes un seul lit. Dans chacune de ces pièces se trouve en permanence un abaisse-langue placé dans un verre contenant une solution phéniquée.

« Si le tube de culture montre que l'angine est bénigne, le malade est conservé pendant quelques jours dans un des services ordinaires de l'hôpital ; au cas contraire, on lui fait aussitôt une inoculation de 0 gr. 20 de sérum et l'on

suit attentivement, sur une feuille, la marche de la température, du pouls et de la respiration, et l'enfant est dirigé sur le pavillon des diphtériques.

« Ce pavillon, divisé également en deux parties, contient d'un côté les diphtéries à bacille de Lœffler et de l'autre les diphtéries avec bacilles associés.

« Mais ici les lits ne sont plus isolés dans des chambres séparées. Toutefois, aux extrémités de la salle existent deux petites chambres pouvant renfermer deux lits. Chacune des deux grandes pièces renferme 14 lits.

« L'enfant qui est dans ces salles est soumis à une observation assidue. Si la fièvre ne tombe pas, s'il survient une recrudescence dans la marche de la maladie, une nouvelle inoculation de 0 gr. 20 ou de 0 gr. 10 est faite suivant les indications fournies par la feuille de température, du pouls et de la respiration.

« En tout cas, on pratique quotidiennement les badigeonnages avec une solution de glycérine salicylée à 1/10 et de grands lavages avec une solution étendue de liqueur de Labarraque, soit 50 0/00 d'eau distillée. »

CHIRURGIE PRATIQUE

Les traumatismes du poignet.

Pour répondre à un desideratum que nous avons entendu plusieurs fois formuler par nos lecteurs, nous avons l'intention de traiter un certain nombre de questions de chirurgie courante, qui sont d'ailleurs classiques et élémentaires, mais qui, précisément pour ce motif, sont trop souvent négligées et oubliées.

Nous traiterons d'ailleurs ces sujets au point de vue purement clinique, supposant que nous nous adressons à des personnes qui ont encore présents à la mémoire les principaux éléments de pathologie externe.

Nous commencerons par l'étude du *poignet* et de ses traumatismes les plus importants (plaies, contusions, entorses, fractures et luxations). Brefs sur l'étiologie et l'anatomie pathologique, nous nous étendrons un peu sur les symptômes et le traitement.

I

PLAIES DU POIGNET.

Le poignet, d'après Tillaux, est une région située à la partie inférieure de l'avant bras, s'étendant à deux travers de doigt au-dessous de l'interligne articulaire radio-carpien, et comprenant l'articulation radio-carpienne (la véritable articulation du poignet) et les os du carpe (scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal, pisiforme, trapèze, trapézoïde, grand os, os crochu).

Points anatomiques capitaux : A. Les apophyses styloïdes du cubitus et du radius ne sont pas situées au même niveau, et l'apophyse du radius descend *plus bas* que celle du cubitus ; B. A la face dorsale du poignet, au milieu d'une ligne transversale réunissant les deux extrémités du pli articulaire inférieur de la région palmaire, on sent avec le doigt une dépression surmontée d'une saillie assez dure ; la saillie est formée par le scaphoïde et le semi-lunaire ; en fléchissant la main, on sent qu'un os vient combler la dépression, c'est le grand os. C. L'articulation radio-carpienne est située à 1 centimètre de la ligne transversale sus-indiquée, et l'articulation carpo-métacarpienne, à 15mm au-dessous de la même ligne.

Les vaisseaux de la région sont : l'artère *radiale*, logée dans la gouttière du pouls, au-dessus de la ligne transversale du pli cutané inférieur, qui devient perforante et collée sur la face dorsale du trapèze, au-dessous de cette ligne ; cette artère est constamment profonde

FEUILLETON

L'esprit des médecins.

La source est intarissable !...

On parlait du séduisant Docteur ***, qui a toujours été d'une correction parfaite, même avec ses clientes les plus capiteuses : « Cela lui a beaucoup nui, avance quelqu'un.

— C'est peu vraisemblable.

— C'est l'exacte vérité, car un des plus grands affronts que l'on puisse faire à beaucoup de femmes, c'est de les respecter. »

***

Question par une personne du monde au Docteur Ballet, dont la présence d'esprit est légendaire (il serait archi-millionnaire, si on recevait des jetons pour cette présence-là) :

« Docteur, à quoi peut-on reconnaître la folie proprement dite ;

« A ceci : c'est que les fous qualifiés n'ont qu'une folie, tandis que les gens réputés raisonnables les ont toutes. »

Un autre joli mot du même agrégé : « Les nerfs sont une espèce de harpe, dont les femmes jouent dans la perfection. On guérit leurs vapeurs, moins avec des médicaments qu'avec des bijoux, des dentelles ou des titres au porteur. »

***

On demande plaisamment au Dr Chevallereau, l'aimable oculiste des Quinze-Vingts, qui prétend qu'une boutonnière est un œil qui voit rouge, s'il a eu souvent l'occasion de soigner des cas de berlue.

« Rarement, répond-il sans sourciller, et pourtant c'est si répandu ; quand on ne l'a pas, c'est tout à fait par exception. — Mais on ne vient pas nous consulter, à ce sujet, car cette maladie, comme la bêtise, a cela de bon pour ceux qui en sont atteints, c'est qu'elle ne fait souffrir que ceux qui ne l'ont pas. »

Le même moraliste qui soutient qu'au moral il n'y a pas de myopes, qu'il n'y a que des aveugles (et ce qu'il y en a, est incroyable) subit les questions d'un vrai myope :

« Et après le numéro 6, qu'est-ce que vous me ferez prendre ?

— Le numéro 4.

— Et après le numéro 4 ?

— Le numéro 2.

— Et après ?

— Après ?..... un caniche ! »

et sous-aponévrotique ; l'artère *cubitale*, en dedans du poignet, superficielle au niveau du pli cutané inférieur ; l'artère *radiopalmaire*, superficielle, au-dessous du pli cutané inférieur ; les artères interosseuses antérieure et postérieure, transverse antérieure et transverse postérieure du carpe, sont peu importantes.

Les nerfs radial et cubital sont sous-cutanés ; seul le nerf médian est profond.

Ces notions anatomiques suffisent pour se rendre compte des conséquences et du traitement des traumatismes du poignet.

Les plaies du poignet n'ont d'importance que quand, par leur profondeur, elles atteignent les vaisseaux ou les nerfs. Nous n'insisterons pas sur les symptômes de l'hémorrhagie artérielle et sur les paralysies ou anesthésies de la main consécutives aux plaies des nerfs. En général, il n'y a guère que les plaies transversales du poignet, qui soient dangereuses. Les plaies de la région dorsale peuvent intéresser l'articulation radio-carpienne ou les articulations carpiennes. Les indications sont toujours fort précises : 1° comprimer et intercepter momentanément la circulation dans le poignet en jetant un lien élastique, une ceinture, une bretelle, une jarretière, sur la partie moyenne de l'avant-bras ou mieux sur le bras, au-dessus du coude. 2° désinfecter soigneusement la plaie avec une solution antiseptique forte. De quelque date que soit la blessure, il faut toujours essayer les sutures artérielles ou nerveuses, au moyen de catguts bien antiseptiques. La conduction nerveuse se rétablit promptement par ces tuteurs, qui servent de guides à la réparation des cylindres-axes. Si la plaie est profonde, mais étroite, il vaut mieux débrider avec un bistouri boutonné pour voir bien clair et apprécier de visu les dégâts vasculo-nerveux.

Enfin, quand il y a eu écrasement des os, ouverture large et irrégulière de l'articulation, il faut, après désinfection parfaite, recourir à l'amputation de l'avant-bras à la partie moyenne.

II

CONTUSIONS ET ENTORSES.

Nous étudierons simultanément ces deux traumatismes du poignet, car il n'y a la plupart du temps entre eux qu'une simple différence de degré. Les os sont nombreux dans cette région et les articulations aussi exposées aux traumatismes que rapprochées les unes des autres et peu résistantes. Les pressions et les violences, que supporte quotidiennement le poignet, sont très fréquentes ; aussi les contusions et les entorses de cette articulation sont-elles nombreuses. Qui ne connaît ces petits « ganglions » ou hernies de la synoviale articulaire survenant brusquement dans le creux du grand os, sur le dos du poignet, ou à la partie palmaire entre les tendons du fléchisseur superficiel des doigts. La plupart du temps, ces *ganglions* ou culs-de-sac herniés de la synoviale se réduisent d'eux-mêmes soit lentement et progressivement, soit brusquement après un effort violent. Quand la réduction ne se fait pas spontanément, on peut la provoquer artificiellement par écrasement et compression, ou mieux exciser un fragment de la paroi synoviale au bistouri en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques.

L'entorse du poignet est fréquente chez les sujets qui manient de lourdes charges ; c'est ce qu'on nomme vulgairement la *foulure*. Tantôt c'est un ligament articulaire qui a été forcé, tantôt c'est un tendon périarticulaire qui a été écarté ou tiraillé violemment. Pour éviter ces foulures, beaucoup de coltineurs et autres manouvriers s'entourent les poignets de bracelets de cuir ou de peau, afin de maintenir les pièces mobiles des articulations. A la suite d'une entorse du poignet, il est fréquent d'observer un gonflement assez prononcé de toute la région et comme cet épanchement cellulaire est quelquefois accompagné de plus ou moins larges

---

***

« Pourquoi donc, M. le bibliothécaire de la Faculté, vous montrez-vous si dédaigneux pour les trésors, dont vous avez la garde, au point d'aspirer à en ranger les trois-quarts dans votre cheminée ?

— Des trésors ..... quelle illusion ! — Il y a dans cette salle beaucoup trop de volumes et pas assez de ..... livres ! »

***

Deux praticiens de passage à Paris assistaient à la dernière séance de l'Académie, qui a été particulièrement soporifique et bâillaient à se décrocher la mâchoire.

« On ne m'y reprendra plus, gémit l'un d'eux Tous ces pontifes à cravate blanche distillent l'ennui ....

— C'est leur fonction propre et la conséquence de leur devise : *Opium cum dignitate !* »

***

Réflexion mélancolique d'un dentiste, dont on délaisse le cabinet : « Il n'y a plus qu'une bouche qui compte aujourd'hui, c'est la bouche de canon. » Et les Bouches-du-Rhône ?

***

On plaisantait un médecin de Vichy, à propos des fameuses carottes que les hôteliers continuent à servir, malgré nos réserves, parce que c'est un plat qui coûte bon marché : « Aucun de nous, répondit-il, ne recommande cette racine de la famille des ombellifères ; mais j'ai renoncé à protester contre sa présence sur les tables d'hôte de la station, parce que cela flatte les malades atteints d'ictère de voir quelque chose de plus jaune que leur tégument. Et puis on ne mangera jamais autant de carottes qu'on en tire ! »

***

« Comment, sceptique docteur, après avoir proféré cette énormité à la Schopenauher que l'existence n'est vraiment agréable que pour celui qui la donne, voilà que vous n'admettez pas le dicton : L'esprit est prompt et la chair est faible.

— Je vous concède parfaitement que la chair est faible ; elle est même très faible, je le reconnais ; mais je n'ai jamais remarqué que l'esprit fût si prompt que cela. — Je ne sais pas s'il court les rues comme on le dit, mais ce que je puis affirmer, c'est que le bon sens est sédentaire. »

***

On parlait de la générosité du chirurgien Peyrot, qui rend tant de services aux Périgourdins

ecchymoses, comme l'article est assez douloureux, on peut être embarrassé pour établir un diagnostic ferme entre une entorse et une fracture du poignet.

Un examen très attentif est nécessaire pour arriver à la certitude ; encore y a-t-il des cas où l'on ne peut rien affirmer.

L'important est de ne pas confondre une fracture de l'extrémité radio-carpienne avec une entorse. Pour les fractures des os du carpe, cela a moins d'importance, d'autant qu'elles sont fort rares et ne se rencontrent guère que dans les graves traumatismes du poignet ; au contraire, l'entorse survient souvent à la suite d'un effort modéré.

Pour établir le diagnostic, il faut poser le poignet malade à plat sur un plan résistant, puis explorer avec attention les apophyses styloïdes radiale et cubitale. La radiale doit descendre plus bas que l'autre. Ensuite, l'axe de l'avant-bras doit être situé sur la même ligne droite que le 3e métacarpien, si l'extrémité radio-carpienne n'est pas fracturée. Enfin, le poignet n'est pas courbé en dos de fourchette, s'il n'y a qu'une entorse du poignet. On doit compléter cet examen par une mensuration de la longueur de l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'à l'extrémité du médius de la main correspondante et, par comparaison, l'avant-bras symétrique non malade sera ensuite mesuré. L'exploration des points douloureux du poignet malade ne signifie pas grand'chose, car le gonflement empêche de préciser le lieu de la douleur maxima. Toutefois, d'une façon générale, quand le gonflement est très accentué, même en dehors des signes habituels de la fracture radiale, on fera sagement de considérer le traumatisme comme une fracture et non comme une entorse. On appliquera pendant quelques jours des compresses résolutives saturno-camphrées et un appareil amovo-inmovible avec des attelles bien rembourrées d'ouate et une bande de toile *modérément* serrée. Le 3e ou le 4e jour, on remplace ce pansement par un appareil plâtré enveloppant la moitié de la main, de l'avant-bras et du coude. Le 15e jour l'appareil sera retiré ; on fera du massage pendant un quart d'heure et l'appareil sera replacé ; tous les jours on renouvellera ce mode de traitement jusqu'à la guérison complète. Si on est habile masseur et si on est appelé auprès du blessé quelques instants seulement après l'accident, on fera mieux d'appliquer le massage dès le début avant tout appareil ; il faudra alors faire deux ou trois séances de massage par jour pendant un quart d'heure chaque fois et se contenter dans l'intervalle des applications de massage de mettre un appareil léger composé d'une attelle ouatée et d'une bande.

III

FRACTURES DU POIGNET.

Le chapitre précédent nous permettra d'être bref sur la question des fractures du poignet. Comme nous l'avons dit, en effet, les fractures des os du carpe sont extrêmement rares en dehors des graves traumatismes, des écrasements des parties molles du poignet. Si cependant une ou plusieurs fractures se produisaient au cours d'un traumatisme moyen, on pourrait, sans crainte, les traiter comme une simple entorse, c'est-à-dire par le massage et la demi-immobilisation. S'il s'agit d'une fracture radiale ou radio-cubitale inférieure, on trouvera soit un gonflement *énorme* et *persistant*, soit, plus souvent, avec le gonflement et quelques ecchymoses, l'apophyse styloïde radiale remontée, le poignet en dos de fourchette, les axes du poignet et de la main formant un angle obtus et non une même ligne droite, enfin le raccourcissement de 1 ou 2 centimètres du membre malade en compa-

---

et dont la bourse est toujours ouverte : « C'est probablement un misanthrope, prétendit un compatriote, qui veut prendre son prochain en flagrant délit d'ingratitude. »

* *
*

Aux examens. — Le professeur narquois à l'étudiant, qui vient de bredouiller quelques phrases incohérentes : « Je suis étonné que vous soyez aussi embarrassé pour me parler de l'état comateux, puisque c'est l'état général des esprits à notre fin de siècle.— C'est comme pour la forme du péricarde sur laquelle vous ne m'avez rien répondu, tout à l'heure. Cette sorte d'enveloppe, de bourse du cœur, ne saurait être que .... plate. »

* *
*

On sait que M. Charcot n'aimait pas à médicamenter les malades et qu'il remplaçait les vomitifs les plus irrésistibles par la lecture de certaines pages de Zola. Or, à la suite d'une de ses leçons, où il avait été question des érotomanes, un élève du service lui demanda quel était le meilleur remède contre l'incontinence.

« L'anémie, répondit-il ; ou mieux l'apoplexie. Quant aux anaphrodisiaques, au nénuphar surtout, ajoutait-il, je n'ai confiance qu'en celui que l'oncle d'Eloïse a découvert et qui ..... tranchait toutes les difficultés. »

C'est lui encore (décidément il n'aimait pas l'école naturaliste) qui prétendait que le dépôt principal des narcotiques était à Médan, 3 fr. 50 le flacon broché.

Il recommandait aussi le cours de son rival, comme soporifique.

* *
*

Quel est donc le secret de l'attachement que le docteur X... porte à ses élèves, demande-t-on au docteur Brémond, dont la verve caustique n'est jamais en défaut :

« C'est que, connaissant son faible, ils sont forts à manier l'encensoir : Inutile qu'il soit grand, il suffit qu'il soit toujours plein. — La bonne opinion qu'il n'a guère que de lui-même (et cette opinion est bien mal placée) ne s'en lasse jamais. »

* *
*

Dernière recommandation du regretté Docteur Ollivier à un de ses anciens internes : « Puisque vous allez vous installer dans le Midi, ne vous livrez pas trop. Défiez-vous des liaisons envahissantes et trop faciles. L'entourage est un cadre, qui, là-bas surtout, ne saurait être trop épousseté. Et puis, mariez-vous, puisque votre

raison du membre sain. *Jamais on ne doit chercher la crépitation.*

La difficulté du traitement de ces fractures consiste surtout dans l'impossibilité de maintenir suffisamment immobiles les fragments osseux, car un appareil trop serré amène presque sûrement des troubles circulatoires, qui aboutissent à la gangrène des tissus, s'ils sont prolongés.

Le meilleur traitement est le massage modéré, appliqué scientifiquement, dès le début de la blessure, et combiné avec un appareil plâtré amovo-inamovible, qu'on renouvelle chaque fois qu'il se casse ou se déforme. Si le déplacement est très considérable, il faut de toute nécessité chercher à obtenir la réduction par l'extension et laisser l'appareil plâtré au moins 15 jours sans le lever. Au bout de ce temps, on essaiera de l'enlever, on fera une séance de massage et on appliquera un nouvel appareil assez léger pour pouvoir être enlevé deux fois par jour, afin de permettre les massages.

En général, il nous semble déplorable de laisser une fracture du poignet vingt-cinq jours dans un appareil ; c'est le meilleur moyen pour avoir des raideurs, des ankyloses même, et une impotence fonctionnelle prolongée. Il faut moins tenir à corriger la déformation du poignet qu'à conserver à l'articulation toute sa mobilité et aux muscles toute leur vitalité fonctionnelle. Les trois quarts des infirmes du poignet doivent leur infirmité plus à une immobilisation trop prolongée dans un appareil mal surveillé qu'à une mobilisation trop hâtive et surtout aux manipulations du massage.

IV

LUXATIONS DU POIGNET.

Il est fort rare qu'un traumatisme assez violent pour déterminer une luxation du poignet ne soit pas en même temps suffisant pour fracturer l'extrémité radiale.

Les luxations radio-carpiennes coïncident donc souvent avec la fracture du radius.

Il y a cependant des exceptions et l'on a l'habitude dans les traités classiques d'étudier, en dehors de toute fracture du radius, deux variétés de luxations du poignet, l'une *en avant*, l'autre *en arrière*.

La luxation en avant est le résultat d'une violente torsion du poignet en dehors ; aussi la main se trouve-t-elle habituellement en supination forcée. On sent à la face antérieure du poignet la saillie formée par l'extrémité inférieure du cubitus, et un enfoncement correspondant à la face dorsale.

La luxation en arrière est plus fréquente ; elle est produite par une traction violente sur l'avant-bras en pronation forcée ou bien par la pronation exagérée que produit la torsion du linge ou par une chute violente. Une machine puissante dans l'engrenage de laquelle le poignet a été saisi, peut produire une luxation en arrière.

On sent à la face dorsale du poignet une saillie mobile formée par l'extrémité du cubitus ; l'apophyse styloïde de cet os est portée en dehors de l'axe du 5e métacarpien.

Il est assez aisé de réduire ces luxations, mais elles se reproduisent aussi facilement ; on doit les maintenir réduites par un appareil plâtré.

Quant aux luxations des os du carpe, elles sont extrêmement rares et dépendent souvent d'altérations antérieures des surfaces osseuses. Le pisiforme, le grand os, le semi-lunaire sont les os qui se déplacent le plus facilement, mais en fait, ce sont des raretés anatomo-pathologiques ; plus souvent, la 1re rangée du carpe se luxe sur la 2e rangée (*luxation médio-carpienne*), soit en avant, soit en arrière ; la déformation ressemble un peu alors à celle de la fracture du

---

estomac exige que vous ayez des repas réglés. »

***

M. Decroix, président de la Société contre l'abus du tabac, fait remarquer au médecin de son quartier qu'il fume trop, qu'il devrait savoir que c'est mauvais pour sa santé :

« Ah ! répond l'incorrigible, ça ne me fera jamais autant de mal que ça m'a fait de plaisir. »

***

Un malade du service du Dr Huchard : « Je dors couramment douze heures par nuit, et, quand on repose comme ça, c'est qu'on a le cœur pur. »

Le docteur Huchard, avec son air patelin : « Ou la conscience large. »

***

« Mon cher docteur, je viens de voir un de vos clients, le banquier X... qui, sur vos conseils, s'abreuve d'eau de Vichy.

— Oh ! je ne lui ai pas dit d'en abuser ; il a probablement quelque nouvel affront à digérer. »

***

Le beau docteur P.... revient de villégiature : « Vous avez encore fait une nouvelle victime ; on prétend que vous avez bouleversé le cœur de la baronne. — Ne vous en défendez pas, elle est jolie.

— Non, parole d'honneur ; elle n'a jamais voulu.

— Cependant, on vous a surpris, certain soir, derrière un rideau.... de peupliers. Vous touchiez au bonheur ?

— Du bout des doigts, seulement ! »

***

« Ah ! voici encore une de vos clientes ; elle a une poitrine exagérément rebondie ; elle a une robe très décolletée, très à la mode.....

— Oui, à la mode de Caen. »

***

On parlait devant le Dr Goubert d'un collègue, qui ne perd jamais une occasion de vanter ses propres mérites !

« Au moins, dit-il, il ne ressemble pas aux huîtres, qu'on ne doit manger que pendant les mois en R ; lui, au contraire, se gobe toute l'année. »

Du même. — « Pour se rendre à sa maison de campagne, à Saint-Germain, il ouvre la portière d'un wagon et aperçoit....... un beau jeune homme, en chemise rose et les doigts couverts de bagues : Ah ! pardon, ricane-t-il, en refermant la voiture, je ne m'étais pas aperçu que c'est le compartiment des dames seules. »

Dr Grellety.

radius. Le traitement consiste à réduire et à appliquer un appareil plâtré pendant 15 à 18 jours.

Enfin, il arrive quelquefois que les os du carpe se déplacent sur tel ou tel métacarpien ; c'est ce que l'on désigne sous le nom de *luxations carpo-métacarpiennes*. Tantôt c'est le 1er métacarpien qui fait saillie au-dessus de l'os trapèze et le trapèze proémine dans la région thénar, c'est la *luxation trapézo-métacarpienne en arrière*. La réduction s'obtient par l'extension et le refoulement ; un petit appareil doit maintenir la réduction pendant une vingtaine de jours. Tantôt ce sont les 3e, 4e, 5e métacarpiens qui sont luxés soit en masse, soit isolément, en avant ou en arrière. Les causes de ces luxations sont généralement des chocs directs, chutes d'une grande hauteur, coups de poing, explosions d'armes à feu.

En général le déplacement est difficile à apprécier, parce qu'il est masqué par le gonflement.

Le diagnostic exact est donc difficile, et ne peut être fait que par une série d'explorations digitales renouvelées au fur et à mesure que le gonflement diminue ; le massage est encore le moyen le plus efficace pour faire disparaître le gonflement et bien sentir au travers des parties molles, les aspérités ou sinuosités osseuses anormales. Il suffit de faire faire quelques mouvements modérés à l'articulation pour ne pas confondre une hernie synoviale, *un ganglion*, avec un os du carpe luxé ; ces mouvements font en effet rentrer ou saillir, sans craquements, sans douleur, le cul-de-sac synovial hernié ; tandis qu'un os luxé ne saurait se réduire sans provoquer quelques frottements osseux.

En somme, voici notre conclusion : Si l'on méconnaît certaines lésions du poignet comme les fractures radiales, il peut s'en suivre une impotence fonctionnelle très tenace qui obligera dans bien des cas à suspendre tout travail un peu pénible ; il est donc de la première importance de traiter convenablement ces traumatismes et, dans le doute, mieux vaudra traiter une entorse ou une luxation légère comme une fracture que de se contenter de simples applications résolutives avec une écharpe, ce qui n'est qu'une expectation masquée.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La douleur abdominale dans la hernie latente, et le traitement chirurgical de certains cas de prétendue indigestion,

Par H. W. H. Bennett, de Saint-George's Hospital, Londres.

Les faits suivants démontrent l'importance d'une recherche assidue de la cause de toute douleur abdominale plus ou moins persistante ; car, bien souvent, le siège de la douleur est trompeur, et en l'absence d'un diagnostic correct, notre traitement est inutile.

I. — Un homme, âgé de 23 ans, fut envoyé à l'hôpital, le 28 février, avec un diagnostic de pérityphlite, dans l'espoir que l'amputation de l'appendice vermiculaire le guérirait. Depuis trois ou quatre années, il avait été sujet de temps en temps à des attaques de douleur abdominale grave. Après un exercice violent, après une longue marche ou une course, ou après un repas lourd, il était saisi de crampes dans le bas-ventre, principalement dans la région du cæcum. Cette douleur durait en général 2 ou 3 jours, était accompagnée de sensibilité au toucher dans la fosse iliaque droite et suivie d'une constipation opiniâtre. Ces symptômes, comme nous le voyons, sont à peu près ceux de l'appendicite. Un court examen, lors de son entrée à l'hôpital, cependant, ne révéla aucune tuméfaction, ou autre signe dans la région de l'appendice ; le malade n'ayant pris aucun exercice violent ou inaccoutumé depuis quelques jours et ayant fait grande attention à ses repas, ne se plaignait pas de malaise. On put croire à une amélioration passagère. Mais, après un examen plus attentif, le lendemain, quoiqu'il confirmât l'absence de signe pathologique dans la région du cœcum, nous trouvâmes un épaississement considérable du cordon spermatique droit. La sensation de cette tuméfaction fit croire d'abord que l'on avait affaire à un varicocèle, et le malade avoua avoir porté pendant six mois un bandage qui lui avait été recommandé par un médecin, « parce que les veines du cordon étaient distendues ». Ce n'était pas un varicocèle, d'autres signes nous en fournirent la preuve. Autour du cordon, il y avait une tumeur noueuse, molle et pâteuse cessant subitement au-dessus du testicule, ce qui n'arrive jamais pour le varicocèle. C'était un nodule d'épiploon emprisonné dans un sac herniaire, et là devait être la cause des douleurs dont se plaignait le malade. Et, en effet, une incision fut faite quelques jours plus tard, exposant un sac herniaire contenant un petit bout d'épiploon adhérent à la paroi du sac, et joint par un pédicule mince et allongé qui se perdait dans la cavité abdominale. Les accès de douleur devaient être produits par les tiraillements exercés sur ce nodule par les mouvement de déplacement des intestins, consécutifs à un exercice violent ou à un repas d'aliments difficiles à digérer; le pédicule étant dirigé vers la fosse iliaque droite, on s'explique le diagnostic de pérityphlite, qui avait été fait. L'extirpation de la hernie épiploïque, la ligature du collet du sac guérirent complètement le malade, 3 mois plus tard il se portait à merveille, n'ayant pas eu de récidive.

II. — Le second cas est très intéressant et du même genre, quoique plus obscur.

Une femme, âgée de 32 ans, se plaignait constamment depuis 8 ou 10 années de ce qu'elle appelait « la dyspepsie ». Après ses repas, surtout si ceux-ci consistaient en aliments peu digestifs, qui sans doute provoquaient un péristaltisme énergique des intestins, elle éprouvait des coliques violentes dans l'épigastre. Elle fut traitée par plusieurs médecins pour l'indigestion, et presque tous les remèdes que l'on vante dans cette affection (et Dieu sait s'ils sont nombreux) furent essayés. Dans le cours de son long pèlerinage, elle vint me consulter. Suivant ma méthode (qui, je suis sûr, est très importante) que dans tous les cas de douleur abdominale, il faut examiner le ventre et ne pas accepter le dire du malade qu'il souffre d'indigestion, de constipation, etc., je l'examinai avec soin, et je ne trouvai rien. Enfin, cependant, comme je promenais les doigts le long de la ligne blanche, la malade s'écria : « Voilà le point, d'où la douleur part toujours. »

Je découvris alors dans la ligne blanche, à demi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphiide un petit nodule rond, mobile, à peu près de la grosseur d'une noisette, dont ni la malade, ni ses médecins n'avaient soupçonné la présence ; un certain nombre de ces derniers n'avaient jamais examiné le ventre, il faut l'avouer, et avaient simplement basé leur diagnostic sur le récit des symptômes.

Vous savez qu'il n'est pas rare de trouver dans la ligne blanche du ventre de petits orifices, ou éraillures, dus au manque de cohésion des côtés opposés pendant le développement, et il y a souvent une tendance à la hernie du tissu adipeux sous-péritonéal à travers ces orifices, ou bien il se forme une petite hernie de l'épiploon. Ce petit noyau chez cette malade était la clef de la cause de plusieurs années d'indigestion.

Je fis le diagnostic de hernie épiploïque, communiquant probablement avec la cavité générale de l'abdomen au moyen d'un pédicule comme dans le cas précédent. Le traitement était clair. Je fis l'extirpation d'un petit nodule d'épiploon pas plus gros qu'un pois qui se trouvait entouré de tissu graisseux ; je pratiquai la ligature du sac herniaire, et la malade guérit parfaitement.

III. — Le 3e cas est remarquable, parce qu'il montre clairement la manière de guérison spontanée de la douleur dans les cas de ce genre. Un homme vint me consulter à propos d'une tumeur douloureuse du scrotum. Les circonstances de son apparition subite surtout le rendaient très nerveux. Depuis plusieurs années il avait été sujet à des attaques de douleur abdominale, douleur au toucher, avec constipation — comme le cas I. C'était en général le matin en se levant du lit pour s'habiller, que la douleur se faisait d'abord sentir. Il avait une attaque à peu près tous les six mois, et se rappelait six ou huit attaques en tout. On lui avait dit plusieurs fois qu'il avait probablement une condition anormale du cœcum (? maladie de l'appendice). La dernière attaque avait commencé huit jours auparavant (avant de me consulter), et comme il essayait de soulever une lourde caisse, il sentit tout à coup une douleur très aiguë dans l'aine droite, accompagnée de nausées ; sa douleur abdominale cessa dès lors, mais il s'aperçut d'une tuméfaction douloureuse dans le scrotum, je fis le diagnostic d'hématocèle, mais les parties étaient si sensibles qu'il était difficile de faire un examen complet. Je revis le malade 10 jours plus tard, et mon impression était alors qu'il avait un varicocèle avec thrombose de certaines veines — quoique cependant je ne fusse guère certain de mon opinion. Je conseillai une incision exploratrice.

Après l'incision ordinaire, je tombai sur un kyste contenant un liquide sanguinolent, et au fond du kyste un petit morceau de tissu graisseux adhérent à la paroi du sac par un petit pédicule de tissu fibreux. Je crus alors avoir affaire à un lipome congénital autour duquel il se serait produit une hémorrhagie à la suite de l'effort violent, dont j'ai parlé plus haut. Un examen plus attentif me montra que le kyste n'était autre en vérité qu'un sac herniaire contenant un nodule d'épiploon. Le malade avait une hernie dont personne ne s'était douté ; en soulevant la caisse, le pédicule s'était brisé, donc, cessation de sa douleur chronique et en conséquence l'apparition de la tumeur douloureuse dans le scrotum, qui était l'épiploon demeurant dans le sac. Je pratiquai l'extirpation de l'épliploon, et la ligature du collet du sac et le malade guérit complètement comme dans les cas précédents.

Voici un autre exemple :

IV. — Une domestique était constamment obligée de quitter sa place à cause d'indigestions, accompagnées de vomissements et de douleurs (coliques) dans le bas-ventre. Quel que fût le genre de nourriture, elle souffrait toujours après ses repas. Elle se présenta donc à l'hôpital pour être soignée, et heureusement pour elle, ce fut un jour où la douleur était violente. Selon ma méthode, j'examinai l'abdomen et je trouvai une tuméfaction dans l'aine immédiatement au-dessus de la grande lèvre droite, que je considérai comme la clef de la situation. L'intervention chirurgicale nous apprit que le canal de Nuck n'était pas oblitéré et il s'était formé en conséquence une hernie épiploïque. — La ligature du sac et l'extirpation de l'épiploon emprisonné guérirent la malade.

Le cas suivant est aussi très intéressant :

V. — Un malade me consulta pour des douleurs (crampe, colique) dans la partie supérieure de l'abdomen avec tiraillement après les repas. Il avait souffert depuis des années et il avait été traité sans exception pour la dyspepsie ; tous les médicaments imaginables lui avaient été administrés ; son état était donc plutôt empiré en conséquence.

Il avait une hernie inguinale double pour laquelle il portait un bandage ; je fus satisfait de voir que la hernie était parfaitement réductible et n'avait aucun rapport avec ses douleurs. J'examinai l'abdomen avec soin, et je trouvai au-dessus de l'ombilic dans la ligne blanche, une petite tumeur, ronde, mobile, de la grosseur d'une cerise, et ayant tous les caractères d'un lipome. La palpation de cette tumeur fit exclamer au malade : « Voilà le point de départ de ma douleur, et je sens comme s'il y avait quelque chose d'adhérent dans cette situation. » A l'opération je trouvai une petite tumeur graisseuse rattachée au tissu cellulaire sous-péritonéal par un pédicule, c'était simplement une hernie graisseuse. L'extirpation amena la guérison complète.

L'intérêt spécial de ce cas consiste en ceci qu'il démontre bien péremptoirement que les douleurs et autres embarras des hernies épiploïques peuvent être produits par une hernie du tissu adipeux sous-péritonéal, et que les symptômes sont facilement pris pour ceux de l'indigestion, et guéris seulement par l'extirpation — cette opération est du reste d'une simplicité extrême et sans risque, car le péritoine n'est aucunement touché.

Un dernier cas, se rattache aux cinq autres.

VI. — Un malade, assez avancé en âge, me consulta à propos d'une tuméfaction de la jambe et m'apprit en même temps qu'il était constamment sujet à des attaques d'indigestion avec des coliques à travers le milieu de l'abdomen. Ces attaques étaient surtout fréquentes après un repas copieux et duraient quelques heures ; elles se terminaient en général subitement avec des éructations abondantes. L'abdomen demeurait ensuite douloureux au toucher pendant quelque temps et il devenait constipé. Quoiqu'au moment de la consultation le malade

fût indemne de douleurs, j'examinai l'abdomen et je trouvai une éraillure de la ligne blanche au-dessous de l'ombilic qui pouvait bien être, à mon avis l'orifice d'une hernie ombilicale, quoiqu'aucune tumeur ne fût perceptible. Je le priai donc de venir me voir à la prochaine attaque. Il arriva alors ce que j'avais soupçonné ; je trouvai dans la région en question une petite tumeur arrondie et pâteuse, évidemment une hernie épiploïque. Je la réduisis et les symptômes cessèrent de suite. Certaines circonstances chez ce malade s'opposant à une intervention chirurgicale, je lui recommandai de porter un bandage et il fut soulagé.

Les petites hernies de l'épiploon dans le voisinage de l'ombilic sont bien plus fréquentes que l'on ne le suppose généralement et échappent à l'observation parce qu'elles sont très petites ; mais néanmoins, elles sont capables de causer, dans bon nombre de cas, des douleurs abdominales, souvent graves, dont le mécanisme est celui que j'ai déjà expliqué. Dans certains autres cas, j'ai vu les mêmes symptômes de soi-disant indigestions, causées par une hernie lombaire. La hernie lombaire, quoique rare, ne l'est pas autant qu'on le suppose ; la région lombaire n'est pas soupçonnée comme le siège d'une hernie, et le diagnostic est en conséquence bien souvent erroné. Exemple :

Un homme était sujet à des embarras gastriques et des douleurs abdominales qu'il attribuait à la dyspepsie ou à la goutte. Il était sûr que l'une ou l'autre était la cause, et il avait été traité pour toutes les deux sans être soulagé. Un purgatif contenant la noix vomique le soulageait en général, mais, au contraire, un purgatif ordinaire, tel que l'huile de ricin, lui donnait des douleurs avec flatulence dans le côté droit du ventre. Je l'examinai avec soin et je trouvai une tuméfaction distincte dans la région lombaire droite, ayant tous les caractères d'une entérocèle et réductible.

Sur mon avis, il porta un bandage avec une pelote convenable de manière à bien réduire sa hernie ; la guérison de son « indigestion » data de ce jour.

Ces sept cas suffisent pour vous convaincre que les symptômes ne sont pas toujours ce qu'ils semblent être, et pour bien graver dans votre mémoire la nécessité dans chaque cas de douleur abdominale, qui se présente à vous de bien examiner le ventre, quelle que soit l'opinion du malade, et quoi qu'en aient dit d'autres collègues. Dans les cas que je vous ai détaillés il était impossible de faire un diagnostic sans cet examen minutieux, et dans plusieurs d'entre eux le résultat a été de guérir complètement des malades qui avaient souffert pendant des années. Ne vous contentez jamais d'accepter le dire du malade qu'il a la dyspepsie ; examinez le ventre ; et surtout lorsque la douleur est intermittente, — comme des crampes — faites l'examen du scrotum, afin de déterminer la position des testicules, car je me rappelle très bien un cas dans lequel toutes sortes de douleurs abdominales obscures avaient existé depuis des années. Le malade avait subi un traitement dirigé contre toutes sortes de maladies — entre autres le rein flottant, dont il n'y avait aucun signe. Mais il existait du côté gauche une ectopie testiculaire — due, nous savons, à la migration incomplète de l'organe et à son arrêt dans la cavité abdominale ou dans le canal inguinal. Quelquefois la tunique vaginale n'étant pas oblitérée dans sa partie supérieure, le testicule, quoiqu'en général dans sa position normale, peut monter dans le canal inguinal, y être retenu pendant un certain temps, où il devient sujet à une certaine pression avec douleurs en conséquence. Ces douleurs abdominales sont souvent rapportées à l'épigastre, ou à la région lombaire, mais bien souvent pas au testicule lui-même. Il faut donc dans ces cas obscurs examiner l'abdomen, le canal inguinal, et le scrotum de chaque côté, pour voir si le testicule est dans sa situation normale, et s'il est possible, par une pression légère, de le faire monter dans le canal inguinal. Si cela est possible, vous pouvez souvent conclure avec justesse que les douleurs rebelles du ventre sont dues à cette condition anormale du testicule, et un bandage qui empêchera l'ascension du testicule guérira votre malade.

Ces cas, dis-je, sont d'un intérêt considérable ; la leçon qu'ils nous apprennent est peut-être élémentaire, mais elle est souvent oubliée. L'importance cependant du rapport entre la hernie latente, — c'est-à-dire une hernie dont les signes locaux sont insuffisants pour arrêter l'attention — et les symptômes de certains cas de prétendue « indigestion » n'a pas été, je crois, jusqu'ici, suffisamment appréciée par bien des praticiens.

Dr Macevoy.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale gratuite.

Les divers règlements adoptés dans les départements sont loin de donner tous satisfaction aux légitimes désirs du corps médical. Parfois, ils lui ont causé une forte déception.

C'est ainsi, que nous recevons la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Pourriez-vous répondre par la voie du *Concours*, à la question suivante, qui, pour les médecins de la Sarthe, est d'une importance capitale ?

Dans tous les départements où l'assistance médicale gratuite vient d'être établie, il existe pour les consultations, visites à la ville et à la campagne, un tarif qui, s'il ne remplit pas tous les desiderata, est cependant acceptable.

Dans le département de la Sarthe, il n'en sera pas de même. Le Conseil général a décidé, et ceci est exécutoire à partir du 1er Janvier 1895, que chaque commune s'imposerait d'une somme proportionnelle au nombre de ses indigents, que cette somme serait basée sur le chiffre de quarante-cinq centimes par tête d'indigent et qu'à partir du 1er janvier 1895, chaque médecin recevrait, à titre d'honoraires, et, *par an*, la somme de quarante-cinq centimes par indigent qu'il soignerait, de sorte que pour donner ses soins à cent indigents, que ceux-ci soient à la ville ou à la campagne, que la maladie dont ils sont atteints, nécessite une ou plusieurs visites, un médecin recevrait la somme dérisoire de 45 centimes.

On ne saurait mieux se moquer du corps médical !

Il serait plus honorable pour les médecins de refuser l'allocation dérisoire de ces 45 centimes et de donner des soins gratuitement aux indigents.

En présence d'un tel état de choses, que faire ?

Le syndicat ne peut intervenir et a les mains liées par l'article 13 de la loi Chevandier. L'Association des médecins de la Sarthe, qui s'est réunie ces

jours derniers, est décidée à protester, mais cette protestation sera-t-elle suffisante ? Ne serait-il pas urgent de provoquer une assemblée générale de tous les médecins de la Sarthe, à quelque groupe qu'ils appartiennent, pour décider de la conduite que le corps médical doit tenir en cette circonstance et tâcher d'obtenir que les règlements du service de l'assistance gratuite, dans la Sarthe, soient édictés en conformité de ceux qui ont été adoptés dans les départements du Loiret, de la Savoie et autres.

Veuillez agréer, etc... LOBETZ.

Il est fâcheux de le dire, mais le Conseil général de la Sarthe a délibéré dans la plénitude de ses pouvoirs et le règlement qu'il a adopté n'est en contradiction ni avec la loi, ni avec les instructions ministérielles.

Avec le sens commun..., c'est autre chose, car personne ne pourra admettre que les soins donnés à un malade puissent être rémunérés d'une façon quelconque par l'allocation de neuf sous !

Il y a pourtant un vieux proverbe qui dit qu'en toutes choses *on n'en a jamais que pour son argent*, mais peut-être le Conseil général de la Sarthe n'en veut-il que pour neuf sous ; il faut croire alors que les idées de solidarité humaine et de sollicitude pour les malheureux lui, sont bien étrangères.

Il appartient dès lors au corps médical de le ramener à des idées plus saines, et, pour cela, il n'y a pas deux moyens : il faut refuser absolument de participer au service.

Le syndicat médical ne doit pas intervenir d'après la loi, il n'interviendra donc pas.

L'Association n'a pas qualité pour intervenir davantage. Il faut que, officiellement, les refus soient individuels, il faut que chaque praticien, lorsqu'il recevra le règlement du service nouveau, retourne au préfet ce règlement avec son refus ; mais pour cela une réunion préparatoire est nécessaire et c'est à la forme de *réunion privée* qu'il faut recourir.

Il suffit que quelques médecins prennent l'initiative et se conforment à la loi, convoquant leurs confrères, en réunion privée ; ils discuteront à leur aise la conduite à tenir.

Si les médecins de la Sarthe savent s'entendre, ils auront le dessus.

Nous serions reconnaissants à nos confrères de nous envoyer le texte des règlements *votés* par les Conseils généraux dans chaque département. Nous nous proposons de publier sur la matière une étude d'ensemble.

Les médecins des Lycées et la gratuité de l'externat.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur et très honoré Confrère,

Permettez-moi d'appeler tout spécialement votre attention sur la campagne que nous venons d'entreprendre.

La lecture de la lettre adressée au Professeur Lannelongue vous mettra très clairement au courant de la question.

Vous verrez que nous sommes victimes de l'interprétation vicieuse d'une mesure excellente et libérale en elle-même et qu'il suffirait d'un peu de bon sens et de bonne volonté pour nous faire rendre une faveur (qui n'en est pas une après tout), qui n'est que la juste rémunération d'un travail non récompensé autrement et qui a le mérite de ne pas « *obérer le budget* ».

Comptant sur votre dévouement si absolu, si constant à tout ce qui intéresse moralement et matériellement notre profession, je vous adresse, au nom de tous, l'assurance de notre dévouement, de sentiments très cordiaux et tous nos remerciements à l'avance.

Dr AD. CARON.

Voici la lettre qu'adressent nos confrères aux médecins des Lycées :

Monsieur et Cher Confrère,

Vous savez que les Médecins des Lycées viennent d'être dépouillés de leur privilège si avantageux et si juste de remise de frais d'études pour leurs enfants.

Les Médecins-Adjoints, en particulier, restent à la disposition de l'Administration, sans aucun traitement, ni aucune remise.

Un vœu est adressé à l'Association Générale, par la Société Médicale du Morbihan, pour nous faire rendre justice.

Une lettre, dont vous trouverez la copie ci-incluse, a été adressée par elle au professeur Lannelongue.

Nous pensons que tous nos collègues des lycées de France pourraient agir simultanément auprès de l'Administration des députés locaux, du bureau de l'Association Générale et de la réunion des médecins, sénateurs et députés, pour réclamer le bénéfice du *statu quo ante*.

Il est urgent que chacun de nous travaille à réparer cette iniquité par tous les moyens possibles. Il faut que justice soit rendue aux médecins auxquels la Société demande tant et qu'elle sacrifie si souvent.

Espérant que dans votre sphère d'action vous ferez tous vos efforts pour concourir au succès de cette campagne d'intérêt général, je vous présente, mon Cher Confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués et confraternels.

Dr WAQUET,
Médecin de l'Hôpital Civil,
Médecin-Adjoint du Lycée de Lorient.

Dr CARON,
Médecin-Adjoint des Hôpitaux
et du Lycée du Havre.

Lettre adressée à M. le Professeur Lannelongue, Président de l'Association Générale des Médecins de France. Député.

Septembre 1894.

Monsieur le Président et très honoré Maître,

Permettez-nous de vous exposer une question, qui intéresse au plus haut point un grand nombre de médecins français. Quoique nous n'ayons pu nous mettre en relation directe avec tous les confrères dont les intérêts sont lésés en même temps que les nôtres, il est évident que nous pouvons être considérés comme les porte-paroles de tous, et qu'aucun ne désavouerait notre démarche.

Nous avons pensé que nous ne pouvions mieux faire que de recourir au patronage très bienveillant du Président de notre chère Association Générale qui joint aux éminentes qualités du Maître, les plus légitimes et les plus hautes influences parlementaires. — Voici ce dont il s'agit :

Tous les lycées de France ont deux médecins, un titulaire, et un adjoint. Le titulaire a un service régulier, quotidien, et un traitement de 800 francs environ. L'adjoint est appelé à remplacer le titulaire toutes les fois qu'il y a lieu, par suite d'absence, maladie ou tout autre empêchement, spécialement en cas d'accidents, et enfin à aider le titulaire en cas de maladie grave ou épidémique, comme consultant ou pour donner le chloroforme. Le médecin-adjoint a, comme le titulaire, une nomination ministérielle, mais ne jouit d'aucun traitement. Le service d'adjoint entraîne parfois en cas de blessures, accidents, chloroformisations, une responsabilité très lourde. Il y avait à ce service un seul avantage : le titulaire et le médecin-adjoint ayant tous deux une nomination ministérielle, avaient, à ce titre, comme tous les fonctionnaires

des lycées nommés directement par le ministre, droit à la remise des frais d'études pour leurs enfants. L'Université s'acquittait ainsi, en quelque sorte, vis-à-vis des médecins-adjoints en particulier, des services qu'elle leur demandait. Or, il faut remarquer ici encore une fois que cette mesure libérale ne s'étendait qu'aux fonctionnaires ayant une nomination ministérielle. Un certain nombre de fonctionnaires des lycées, tels que le maître de musique, le professeur d'escrime, les employés subalternes..... n'ayant qu'une *délégation* du Recteur d'Académie, ne jouissaient d'aucune remise de frais d'études pour leurs enfants.

M. Spuller, étant ministre, eut l'idée d'étendre cette remise des frais d'études, mesure généreuse conforme à l'esprit et aux traditions de l'*Alma Mater*, à tous ses fonctionnaires, à tous ceux qui, dans les lycées, contribuent au bon fonctionnement de tous les services sans exception, et pour dispenser plus libéralement à chacun des serviteurs de l'Université les bienfaits de l'instruction pour leurs enfants, il prit une décision qui ne visait certainement pas les médecins, auxquels il est vraisemblable qu'on ne pensait guère, mais qui, par une voie détournée, les atteignait d'une façon aussi cruelle qu'imméritée et injuste.

M. le Ministre décidait que tous les fonctionnaires des lycées, sans exception, jouiraient de la remise des frais d'études pour leurs enfants, et cela au prorata de leur nombre d'heures de services par semaine. La remise se comptant en douzièmes, le professeur de musique, de dessin, d'escrime, aura une remise de 6, 8, 10 heures de services par semaine.

Quant aux médecins, personne n'y avait pensé ; leur situation était restée telle que par le passé. Un incident local fut cause du désastre. Un confrère ayant, dans le cours d'un trimestre, fait inscrire son fils sur les registres du lycée, dont il est titulaire, le Recteur dut être prévenu et répondit de faire payer le trimestre : de là, des explications, on en référa au ministre et après une copieuse correspondance, la décision suivante fut prise :

Le médecin titulaire sera considéré comme ayant une heure de service par jour et jouira de sept douzièmes de remise de frais d'études pour ses enfants. Le médecin-adjoint sera considéré comme n'ayant pas de service. Ainsi, en dehors de la visite du matin, on ne compte pas plus à l'adjoint qu'au titulaire les visites faites à toute heure, souvent la nuit, d'urgence, toutes affaires cessantes, les visites prolongées, les consultations, les opérations, les vaccinations en masse, toutes les interventions où la responsabilité, la réputation du médecin, sont gravement engagées. Tout cela est nul et non avenu.

Au médecin-adjoint on dit : Soyez toujours prêt à répondre à notre appel, le jour ou la nuit, pendant une heure ou pendant un trimestre ou deux au besoin, pour n'importe quel grave accident, quittez tout au premier appel pour accourir au lycée. Et puis c'est tout.

Est-ce là l'échange de bons procédés, de dévouement affectueux et réciproque, auxquels nous étions habitués ?

Ne trouvez-vous pas que c'est là un déni de justice que rien n'explique ?

D'ailleurs, il est inexact d'assimiler, comme le fait la circulaire ministérielle, le médecin-adjoint aux fonctionnaires ayant dans les lycées un petit nombre d'heures de service par semaine, car tous ces fonctionnaires ont des traitements, tandis que les médecins adjoints n'en ont pas.

La charge de l'externat est bien légère pour l'Université, son sacrifice était bien peu de chose, et cependant il *honorait* réellement le médecin qui sentait à la fois le vrai bonheur d'être de la maison et de voir son dévouement reconnu.

Ne pensez-vous pas, très Honoré Maître et Cher Président que, d'une part, le Bureau de l'Association Générale, à qui notre Société locale vient d'adresser un vœu dans ce sens, et que, d'autre part, le groupe si justement influent des Sénateurs et Députés Médecins, pourraient plaider avec succès auprès de M. le Ministre, mieux informé, la cause dont nous venons d'avoir l'honneur de vous entretenir ?

Il y a bien des avenirs intéressants dans nos familles médicales, avenirs qui pourraient être gravement compromis par cette mesure inattendue et injuste, alors que plus d'un médecin, père de famille, avait escompté d'avance le légitime avantage assuré à ses garçons par son dévouement et ses soins empressés.

Pourquoi briser ces légitimes espérances basées sur tant de services rendus, sur un dévouement absolu à l'Université ?

Nous serions très heureux, Monsieur le Président et très Honoré Maître, si vous vouliez bien accorder à cette cause sainte, votre haut et bienveillant patronage qui nous serait d'autant plus précieux en cette circonstance, que, vous le savez, toute réclamation nous est interdite en notre qualité de fonctionnaires.

Veuillez agréer, etc.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Marne.

SECTION D'EPERNAY.

14 *octobre* 1894.

Présents : MM. Pellot, *président*.

Jacquinot, Verron, de Spéville, Godart, Hugé, Plicot, Janin, Laydeker, Oudiné fils, Soyeux, Saguet, Cossin, Limasset, Dunand, Leclère, Evrard.

Excusés : MM. Péchadre, Loriot, Foucart, Michel, Oudiné père, Choquart, Mangin, Chérny, Demange, Masson.

Après lecture du procès-verbal de la précédente séance, à la suite duquel, il est fait part au Syndicat, du départ du docteur Frioux pour La Rochelle, et de la démission de M. Faucheux, ce qui réduit à 30 le nombre des membres du Syndicat, le président soumet à l'assemblée la présentation du docteur Jacquin, de Reims, qui est admis à l'unanimité.

Règlement des tarifs des Compagnies d'assurances contre les accidents.

La base de ces tarifs avait été adoptée dans la séance du 2 octobre 1892 ; les Compagnies devaient payer 6 fr. par sinistre constaté au début et à la guérison. 8 fr. par sinistre constaté et soigné avec un supplément de 2 fr. par visite au delà de la cinquième, et un chiffre à fixer ultérieurement pour les opérations, appareils de fractures, réduction de luxations, etc.,

L'assemblée vote, sans discussion, l'adoption pour les Compagnies d'assurances contre les accidents, des tarifs généraux de chirurgie adoptés dans la séance du 10 avril 1892.

Revenant sur la décision primitivement adoptée, quelques membres sont d'avis que les Compagnies ne devraient pas assurer contre les accidents, sans garantir aussi bien le traitement que les frais de certificats ; le syndicat adopte à l'unanimité cette manière de voir et vote la rédaction suivante d'une décision qui sera communiquée aux intéressés :

Etant données les difficultés rencontrées auprès des patrons et des sinistrés lors de la réclamation d'honoraires en cas d'accidents, dont le traitement n'est pas garanti par les polices d'assurances, le

syndicat invite les Compagnies à prendre des mesures pour régler elles-mêmes ces frais de traitement. Les médecins syndiqués refuseront de donner leurs soins aux sinistrés dont les Compagnies n'adhéreraient pas à cette décision.

La compagnie l'*Urbaine et la Seine*, ayant persisté à vouloir user de tarifs particuliers, à elle, sera mise en demeure d'obtempérer aux conditions du Syndicat.

L'assistance médicale dans les campagnes.

Consultée sur ce sujet par M. le préfet de la Marne, l'Association des médecins de la Marne a répondu par les résolutions suivantes votées à l'unanimité :

1° Tous les médecins du département qui acceptent d'être chargés de ce service, peuvent être médecins de l'Assistance.

Le malade aura la faculté d'appeler, parmi *les médecins qui fréquentent habituellement la commune qu'il habite*, celui dont il désirerait recevoir les soins.

Le malade qui réclamera des soins devra présenter un *bon* délivré par le Maire de sa commune ou son représentant.

2° Le paiement des honoraires sera établi proportionnellement au nombre des visites faites au nombre de kilomètres parcourus. Il y a lieu de distinguer entre les visites de jour et les visites de nuit.

Le tarif des visites, opérations et accouchements serait ainsi dressé :

Visites de jour : un franc par visite, et cinquante centimes en plus par kilomètre et par médecin, ceci pour le cas où plusieurs médecins se trouveraient réunis auprès du malade, ce qui ne pourrait avoir lieu qu'après entente avec le Maire.

Visites de nuit : deux francs par visite, plus un franc par kilomètre avec un minimum de cinq francs par déplacement nocturne.

Opérations ; l'assistance à domicile pour les opérations n'est justifiée que dans les cas urgents ou exceptionnels. Tarif maximum 25 fr. Les grandes opérations devant, autant que possible, être pratiquées dans l'hôpital le plus voisin.

Accouchements : ils doivent être faits par les sages-femmes. Un médecin ne devra être appelé qu'exceptionnellement. Tarif: 25 fr. par accouchement pour chaque médecin ; tarif kilométrique en plus. Pour les sages-femmes: 10 fr. par accouchement.

Les paiements se feraient annuellement, à l'aide d'un mandat.

Le syndicat adopte les résolutions précédentes votées par l'Association de la Marne.

Exercice illégal de la médecine.

Le curé de Thibie, arrondissement de Châlons, est signalé comme recevant chez lui de nombreux malades auxquels, après examen, il délivre prescriptions et médicaments de différentes sortes.

Le syndicat décide qu'une démarche sera faite par son bureau auprès de l'évêque de Châlons pour l'engager à prescrire la cessation de cet abus ; faute de quoi, des poursuites seront exercées après avoir relevé un certain nombre de faits délictueux très précis.

Souscription Lafitte.

Avant de lever la séance, le Syndicat vote une souscription de cent francs en faveur du docteur Lafitte ; cette somme est adressée au docteur Marcel Baudouin, chargé de la collecte pour notre infortuné confrère.

Le secrétaire, E. EVRARD.

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Séance du 23 septembre.

Présidence de M. le Dr PILLET.

Le Syndicat a tenu cette réunion à Parthenay.

Après un déjeuner fort bien servi et dont le mérite d'installation revient entièrement au Dr Marion, de Parthenay, la séance s'est ouverte à 2 heures dans une salle de l'Hôtel de Ville.

Sont présents :

MM. Béranger, Brangier (de Vautelin), Charrier, Fayard, Gaillard, Guinebertière, Largeau, Lecointre, Marion, Martineau, Mayet, Pillet, Puy-le-Blanc, Quinemant, Roulland, Rousseau, Verlct.

L'ordre du jour rappelait la discussion sur l'Assistance médicale gratuite.

En rappelant la différence qui existe entre le projet soumis par le Syndicat médical et celui proposé par l'Administration au Conseil Général, M. Béranger demande qu'on ne prenne qu'une décision mitoyenne, afin que, de son côté, le Conseil Général ne prenne pas d'engagement irrévocable. Il voudrait un état provisoire.

M. Guinebertière craint le provisoire qui dure toujours et, pendant ce temps, on continuera à faire la charité aux dépens des médecins.

M. Marion fait remarquer que les indigents sont mal soignés à cause de l'insuffisance des crédits de pharmacie et du nombre des communes comprises dans chaque circonscription.

L'Assistance est une charité faite par les médecins.

Or, il convient que l'Etat, le département, la commune, y participent, c'est à eux d'y veiller.

Le Conseil Général n'a pas à craindre que les médecins comptent plus de visites qu'ils n'en auront faites.

M. Béranger revient à ses propositions dont les principales sont : l'essai, 1 ou 2 ans, du système adopté ; création de circonscriptions plus ou moins multipliées ;

Nomination à ces services de tous les médecins, qui demanderont à en faire partie ; tarif de clocher à clocher, etc.

En attendant la décision du Conseil général, la proposition sur laquelle insiste l'Assemblée et qu'elle serait heureuse de voir adopter par le Conseil est la création de circonscriptions en nombre illimité.

M. Guinebertière demande qu'auprès de l'Administration, il soit nommé un médecin pour défendre les intérêts médicaux près de la direction du service.

Avant de lever la séance, M. le Dr Pillet rappelle, en quelques mots, la poignante affaire du Dr Lafitte et propose une souscription en faveur des enfants de l'infortuné confrère. Cette motion est accueillie avec le plus vif assentiment.

Le Secrétaire, Dr A. ROULLAND.

Un nouveau Syndicat.

Syndicat des médecins de Saint-Etienne.

Le Bureau a été élu le 1er novembre ;

Dr Fouilloux, *président* ;

Dr Garaud, *vice-président* ;

Dr Dumas, *trésorier* ;

Dr Merlin, *secrétaire* ;

Drs Courbon et Granyen, *membres*.

SOUSCRIPTION LAFITTE

Cinquième liste.

MM. les docteurs :
Bruel (Louvres).......... 10
Lejeune (Meursault).......... 5
Demeurat (Aire-sur-la-Lys). 10
Groslier (Montmarault)..... 10
Syndicat de Pontoise...... 100
Petitfils (Vierzon)......... 10
Un membre du Concours n° 3697.......... 5
Dubrandy (Hyères).......... 5
Barthez (Narbonne).......... 5
A reporter.... fr. 160

Report..... fr. 160
Molinier (Dreux).......... 10
Bardy (Belfort).......... 10
Jouve (Veuve-Lyre)......... 5
Sourice (Saint-Etienne de Montluc)................ 5
Delaurier (Chevagnes)...... 5
Cassan (Nîmes)............ 5
Daffas (Salviac).......... 5
Heurteau (Faye-aux-Loges) 5
Guillou (La Tremblade)..... 5
A reporter.. fr. 215

Report.......fr. 215
David (Claye-Souilly)........ 5
Basley (Bayeux)............ 20
Moitiez (Crouy-sur-Ourcq)... 5
Salomon (Paris, 22, rue Vaneau)................ 5
Desplous (Rimogne)......... 5
Total de la 5e liste........ 255
Total des listes précédentes.............. 5475
Total général.......... 5730

REPORTAGE MÉDICAL

L'Association de la presse médicale française avait envoyé aux médecins de l'escadre russe de la Méditerranée, au Pirée, la dépêche suivante :

« L'Association de la presse médicale française, profondément émue par le malheur qui frappe la Russie et la France, s'associant au deuil de la patrie entière, assure les médecins de l'escadre et de l'armée russes de la grande part qu'elle prend à la douleur immense de la nation amie, et leur adresse, avec un confraternel salut, l'expression la plus vive de leur inaltérable sympathie. — Professeur Cornil, président. »

M. Cornil a reçu la réponse que voici :

« Le Pirée, 7 novembre, 5 h. 15 soir.
« *Médecins escadre russe Méditerranée*,

« Profondément touchés de vive sympathie témoignée par l'Association presse médicale dans un moment douloureux pour toute la nation russe, remercie chaleureusement confrères pour leurs condoléances fraternelles. — Dr Okhotine. »

— *Récompenses.* — Parmi les personnes, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en France en 1893 nous relevons les membres du Concours suivants :

Rappel de médaille d'or : M. le Dr Vedel (de Lunel). Médailles d'argent : MM. les docteurs Coulet (de Saint-Pargoire), Durand (de Marseillan), Gavaudan (de Vias), Pons (de Lunel) et Rauquette (de Lodève).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3950. — M. le docteur Candé, au Lude (Sarthe), membre de l'Association médicale et du Syndicat des médecins de la Sarthe.

N° 3951. — M. le docteur Bazot, de Joigny (Yonne), membre de la Société locale de l'Yonne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Bonamy, de Ligueil (I.-et-L.) ; Rebory, de Digne ; Compagnon, de Chasseneuil (Charente) ; Bouchard, de Vitré ; Billiere, de Cazillac (Lot) et Dudon, d'Agen, membres du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ECHOS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

du 18 novembre 1894

A 11 heures, devant un nombreux auditoire, M. le Dr P. Le Gendre, médecin des hôpitaux, en suppléance à l'hôpital Trousseau, a fait, avec un grand succès, sa conférence sur la sérumthérapie, avec l'assistance d'un interne du même hôpital, M. Pochon. Elle s'est close par les applaudissements des auditeurs, qui ont, alors, examiné au microscope, les diverses cultures de bacilles qu'on avait préparées à leur intention. MM. Le Gendre et Pochon ont bien voulu nous promettre de rédiger et de nous adresser la conférence, pour qu'il nous soit possible d'en faire bénéficier les lecteurs du *Concours médical*.

A 2 heures, les Membres de l'Association amicale ont tenu leur séance, entièrement consacrée à l'examen des statuts de l'œuvre. Tous les articles ont été successivement adoptés, avec quelques légères modifications, suggérées par les assistants, et le Conseil d'administration a été renommé, tout entier, au scrutin.

A 4 heures et demie, a commencé la séance du Concours médical, en présence d'un grand nombre de membres, venus de toutes les parties de la France, assister à la 15e assemblée générale. Les sujets de discussion étaient très nombreux et tous d'un véritable intérêt. Nombre de décisions ont été prises et consacrées, après le vote du budget, par l'affectation des ressources disponibles, à diverses œuvres et à l'accomplissement de plusieurs décisions qui se traduisaient par des dépenses à imputer au budget de l'exercice de 1895. Ce n'est qu'à une heure bien plus avancée qu'on ne l'avait supposé, qu'il a été possible de clore la séance.

Les Membres du Conseil de Direction sont allés, alors, recevoir les nombreux invités, sénateurs, députés et amis du Concours médical, qui s'étaient rendus à l'invitation, qu'on leur avait adressée.

Comme toutes les années, la salle du Zodiaque était comble, et la table présentait le plus agréable aspect. On a fait honneur au menu du Grand-Hôtel et à l'heure des toasts, tous les convives ont chaleureusement répondu aux sentiments de haute solidarité et confraternité qui ont été exprimés.

On ne s'est quitté que vers minuit, se promettant de se retrouver en 1895, à ces réunions, qui ont pour caractères essentiels, la cordialité, l'absence de gêne, la confraternité du meilleur aloi, inspirées par la certitude de participer à des œuvres dignes de l'intérêt de tous les médecins.

Cette année encore, la difficulté de réunir tous les éléments du compte rendu des diverses séances et du banquet, nous contraint à le renvoyer à samedi prochain.

LA SEMAINE MÉDICALE

Un nouveau signe de paralysie faciale.

Le Dr *Goldzieher*, après un grand nombre d'expériences physiologiques, a remarqué que le nerf facial est le nerf excitateur de la glande lacrymale.

Aussi, dans les cas de paralysie faciale complète, totale, c'est-à-dire lorsqu'il existe aussi une paralysie du voile du palais, on constate toujours la cessation des pleurs du côté paralysé, c'est-à-dire les pleurs d'un seul œil. Aussi bien par la suggestion des pleurs que par l'ordre de pleurer et par l'irritation du nez, on réussit chez les personnes atteintes de paralysie faciale complète à constater qu'elles ne pleurent que du côté non paralysé.

Les avantages de la bicyclette sur l'uricémie au début.

M. le Dr *Albert Robin* vient d'entreprendre une série de recherches sur l'application possible de l'exercice vélocipédique dans le traitement de certains états morbides, de la diathèse urique, en particulier.

Elles ont un véritable caractère d'actualité, eu égard aux discussions qui se sont élevées dans ces derniers temps dans les milieux scientifiques sur les avantages et les inconvénients, au point de vue de l'hygiène, de ce genre de sport.

De deux observations bien analysées, M. Robin conclut que l'exercice modéré à bicyclette augmente l'élimination de l'acide urique et diminue sa formation. Quant à l'albuminurie, M. Robin déconseille l'usage, même modéré, de la bicyclette, au moins quand on soupçonne de la sclérose rénale.

Les accidents toxiques de l'exalgine.

L'exalgine ou méthyl-acétanilide est depuis quelque temps une des plus puissantes rivales de l'antipyrine : elle est lancée par des hommes fort compétents en la matière, et, cependant, nous doutons fort de son succès. Cette substance est toxique à doses variables et sa posologie n'est pas nettement fixée pour le médecin.

M. le Dr *Weber* vient d'apporter, à la Société de thérapeutique, des faits qui prouvent qu'on ne saurait être trop circonspect dans l'emploi de cette dangereuse substance.

Dans l'observation de M. Weber, le malade ingéra 16 grammes d'exalgine véhiculée dans 90 cent. cubes d'eau. Vertiges, anesthésie, contractures, asphyxie, le sang était altéré et poisseux. Puis vinrent des crises convulsives, de la cyanose, des urines avec hématies, pigments biliaires et albumine ; finalement des accidents que notre confrère compare à ceux d'un empoisonnement urémique. Le malade guérit, c'est vrai, mais après un traitement qui est celui de l'intoxication du sang dans l'urémie.

La quantité d'exalgine ingérée était hors de proportion avec la posologie habituelle de ce remède. C'est là, sans doute, un fait unique, chez l'homme, de *l'exalginisme par doses excessives et colossales*.

Mais chez d'autres sujets, des doses plus faibles produisirent des phénomènes du même genre.

Défions-nous donc de l'exalgine. Exigeons d'abord sa pureté absolue, et fractionnons les doses en cachets ou cuillerées par 0.10 ou 0.20 centigrammes, espacées les unes des autres d'au moins une heure. En tout cas, n'en laissons jamais à la disposition de nos malades, comme on peut le faire sans danger pour l'antipyrine.

Un aspirateur simplifié.

Dans un article des « Archives de médecine militaire », M. le Dr *Foureur* décrit le moyen imaginé par Smith, de New-York, pour improviser rapidement un aspirateur plus parfait que ceux de Potain et de Dieulafoy, parce qu'il n'a ni piston, ni robinets.

« Prenez une bouteille d'une contenance d'environ un litre, que clôt hermétiquement un bouchon de liège traversé par un tube de verre ; adaptez ensuite à ce dernier l'une des extrémités d'un tube de caoutchouc, une aiguille exploratrice étant attachée à la seconde. Cela fait, versez dans le flacon la valeur de 40 grammes d'éther, et placez l'appareil dans l'eau bien chaude ; quand l'éther a suffisamment bouilli, introduisez le bouchon, muni de son tube de caoutchouc ; à l'extrémité libre du tube est fixé un index en verre. Une pince à verrou ou à forcipressure est placée sur un point quelconque de son trajet. On laisse l'appareil refroidir ou, pour aller plus vite, on le plonge dans l'eau froide ; si le caoutchouc est mince, on le voit se déprimer ; le vide est obtenu.

Puis on adapte à l'aiguille exploratrice quelques centimètres d'un tube de caoutchouc et l'on ponctionne. Cela fait, on relie ce petit tube à l'index de verre, on supprime la pince à forcipressure :

On peut aspirer ainsi une quantité de liquide de près d'un litre.

D'après cette description, comme on le voit, il n'est pas d'appareil plus simple à improviser : un trocart de trousse, un simple tube à drainage, à défaut d'autre, quelques grammes d'éther, la première bouteille venue, un petit tube de verre (un compte-gouttes, par exemple, une armature de porte-plume, au besoin) qu'on introduira dans un bouchon de liège, à défaut d'un bouchon de caoutchouc, et l'appareil est ainsi constitué.

« Pour transformer cet aspirateur en injecteur, voici comment nous nous y prenons :

« Dans un récipient quelconque, fermé par un bouchon à deux orifices, nous introduisons la solution à injecter. On adapte ensuite à chacun des deux orifices traversé par un tube de verre un tube en caoutchouc ; le premier est mis en communication, d'un côté avec l'aspirateur décrit plus haut, de l'autre avec l'aiguille exploratrice. Le tube en verre qui communique à cette dernière doit pénétrer jusqu'au fond du vase.

L'aspirateur avec son éther est plongé dans un vase d'eau chaude. Mais cette fois les vapeurs d'éther, ne pouvant s'échapper, passent dans le vase à deux tubulures et viennent faire pression au-dessus du liquide à injecter qui monte par le tube de verre, le caoutchouc, et s'écoule par l'aiguille exploratrice, lentement et d'une façon continue.

Pour le bon fonctionnement de l'appareil, il est une précaution importante à prendre : il faut

avoir soin de maintenir la bouteille contenant de l'éther dans de l'eau bouillante, de façon à amener rapidement au-dessus du liquide à injecter, contenu dans la seconde bouteille, une grande quantité de vapeurs d'éther. Comme l'éther s'évapore à 35°6, si l'on plongeait simplement le flacon aspirateur dans de l'eau plus ou moins chaude, il s'ensuivrait une évaporation plus ou moins lente, les vapeurs d'éther se refroidiraient dans leur parcours et viendraient se condenser dans le flacon laveur, déterminant ainsi, par une pression irrégulière et faible, un écoulement presque nul et discontinu.

Le lavage fait, c'est-à-dire le liquide injecté dans la cavité à laver, reste à le retirer : on applique une pince à forcipressure sur le tube de la canule.

On laisse le liquide injecté un certain temps dans la cavité à laver, puis on substitue au vase d'eau chaude, un vase d'eau froide. Aussitôt, l'éther se condense, le vide se fait non seulement dans l'aspirateur, mais encore dans le flacon laveur, de telle sorte que tout le liquide injecté revient jusqu'à la dernière goutte.

Il est facile de désinfecter soigneusement un appareil aussi simple, qui ne comporte aucun robinet, ni aucun ajutage : il est donc fort pratique et économique à tous les points de vue.

Traitement de l'ophtalmie purulente par les grands lavages au permanganate de potasse.

Nous revenons fréquemment sur la thérapeutique des ophtalmies purulentes, car il nous semble que, malgré les immenses progrès faits dans cette partie de l'oculistique, il y a encore trop de médecins et de sages-femmes surtout, qui, par leur négligence ou leurs craintes exagérées de faire plus de mal que de bien, n'osent soigner énergiquement cette redoutable affection ; et cependant le 1/3 des aveugles est fourni par l'ophtalmie purulente.

M. le Dr *Kalt*, des Quinze-Vingts, vient de préconiser un nouveau mode de traitement qui est d'une simplicité et d'une efficacité telle qu'on serait impardonnable de ne pas l'appliquer. Il ne s'agit plus de cautérisations douloureuses ou dangereuses, que peu savent bien employer : tout le monde est apte à faire les lavages imaginés par M. Kalt.

Voici d'abord les résultats obtenus à la clinique des Quinze-Vingts :

1° *Ophtalmies légères*, 10 cas. Avec deux irrigations par jour, la guérison a été obtenue du quatrième au neuvième jour.

2° *Ophtalmies moyennes ou fortes, sans ulcérations de la cornée*, 14 cas. Trois enfants avaient été traités, pendant trois à neuf jours, à la consultation externe, par le nitrate à 1/30, mais présentaient encore une purulence marquée. Deux irrigations par jour ont donné une amélioration très notable du deuxième au quatrième jour. La guérison était généralement obtenue vers le dixième jour.

3° *Ophtalmies moyennes ou fortes avec lésions cornéennes tardives*, 6 cas. Deux à trois irrigations par jour ont diminué la sécrétion du deuxième au troisième jour, l'ont tarie du septième au dixième et ont arrêté les ulcères.

4° *Ophtalmies graves d'emblée, avec exsudat pseudo-membraneux adhérent aux tarses et ulcérations cornéennes précoces*, 5 cas. Avec trois, quatre irrigations par jour, l'ophtalmie a été très améliorée du deuxième au quatrième jour ; la suppuration tarie vers le huitième jour. Les ulcérations encore superficielles ont toutes été arrêtées.

Quant à l'appareil employé par M. le Dr Kalt, il se compose d'un entonnoir laveur ou un tube d'ébonite, gros comme un porte-plume et terminé d'un côté par un pavillon à angle droit de 11 millimètres de diamètre. Ce pavillon s'introduit très facilement entre les paupières de l'enfant et tient d'autant mieux que celui-ci serre davantage. L'autre extrémité du laveur est reliée par un tube de caoutchouc au bock à irrigations de la capacité de 2 litres, qui sert pour toutes les accouchées. Ce bock ayant été préalablement rempli de liquide, il suffira que le niveau du liquide dépasse de 30 centimètres le niveau de l'œil de l'enfant, pour qu'un énergique courant d'eau se précipite contre le globe, déplisse et distende en forme de boudin le cul-de-sac supérieur, en entraînant toutes les sécrétions. Le liquide s'échappe enfin, par la fente palpébrale, sur les côtés du laveur. Il est facile de constater que paupières et laveur ont été refoulés à 5 millimètres environ en avant de la cornée.

Sous cette pression de 30 centimètres, qu'il ne faut pas dépasser, l'écoulement des 2 litres de liquide se fait en sept ou huit minutes. La même opération s'exécute ensuite sur l'autre œil.

Pour empêcher l'introduction du liquide dans le nez et la bouche, l'enfant est tenu sur les genoux d'un aide, les pieds un peu plus élevés que la tête, la face tournée vers le haut. Sur le parquet, on a disposé un vase à bords larges, un baquet, une cuvette de *tub*.

La solution pour le lavage est préparée de la façon suivante :

Permanganate de potasse......	20 gr.
Eau distillée..................	250 —

On ajoute aux 2 litres d'eau tiède (à 30 ou 35 degrés) contenus dans le bock, 6 centimètres cubes, soit une *forte cuillerée à café* de la solution permanganique. Après un mélange soigné, les 2 litres devront servir pour un seul œil. Les irrigations seront faites au moins deux fois par jour, pour les cas moyens, trois et même quatre fois par jour pour les cas intenses, que la cornée soit ulcérée ou non.

Dès le lendemain de l'application de ce traitement, on notera une diminution du gonflement et de l'écoulement. Après trois jours de traitement, un écoulement intense doit être devenu très faible, sinon le traitement n'a pas été appliqué avec une énergie suffisante. Bien entendu, si les cornées sont déjà infiltrées de pus dans toute leur épaisseur, la perforation sera inévitable. Les paracentèses hâtives trouvent ici leur application.

Vers le quatrième ou le cinquième jour, l'amélioration a toujours été très manifeste dans tous les cas graves. Le traitement maximum (deux, trois, quatre irrigations) doit être continué jusqu'à cessation presque complète de l'écoulement et disparition du gonflement. Quand il ne reste plus qu'un peu de sécrétion séro-muqueuse le matin, une seule irrigation est suffisante ; mais elle doit être continuée, par crainte de rechute,

jusqu'à disparition complète de la sécrétion.

Les irrigations sont, par elles-mêmes, peu irritantes et leur emploi est sans inconvénient soit pour l'œil, soit pour l'état général de l'enfant.

Administration de l'huile de ricin.

Voici d'après notre confrère, le *Bulletin médical*, deux moyens commodes d'administrer l'huile de ricin :

Le premier s'adrese aux enfants. Dans une cuillerée à bouche d'huile de ricin on ajoute du sucre candi brun, brut, ou de la cassonade jusqu'à ce que le tout prenne une consistance assez ferme. On a alors un bonbon que les enfants prennent assez volontiers.

Pour les adultes qui ne prendraient pas facilement cette préparation sucrée, on procède de la manière suivante : une cuillerée d'huile est versée avec une tasse de lait tiède dans un flacon que le mélange ne doit remplir qu'à moitié : on agite le tout un certain temps. On obtient ainsi une émulsion, qui n'a ni le goût, ni l'odeur d'huile de ricin et qui est assez facile à prendre.

L'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale pour tumeurs fibreuses de l'utérus.

On sait que, depuis plusieurs années déjà, les chirurgiens sont partagés en deux camps bien nettement opposés, en ce qui concerne la valeur des deux modes d'hystérectomie, l'un vaginal et l'autre abdominal. Contre les fibromes utérins en particulier, les deux procédés sont appliqués avec un égal succès par les chirurgiens qui les préconisent.

M. le Dr *Delagenière*, du Mans, a communiqué récemment, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, dix cas d'hystérectomie abdominale totale pour corps fibreux avec un seul décès. D'après M. Delagenière, le meilleur traitement des tumeurs fibreuses volumineuses est l'hystérectomie abdominale totale par le procédé suivant :

a) Désinfection du vagin et du col, puis tamponnement vaginal.

b) Usage du plan incliné à 45°, ce qui simplifie considérablement l'opération et la rend presque facile.

c) Ligature, puis section sous salpingo-ovarienne.

d) Formation d'une collerette proportionnée à l'étendue de la cavité pelvienne qui devra être recouverte. Cette collerette doit partir des bords supérieurs des ligaments larges et passer au moins à 2cm au-dessus de la vessie.

e) Pendant la dissection de la collerette, détachement pur et simple des ligaments larges en empiétant au besoin sur le tissu utérin.

f) Libération circulaire du col et ouverture du vagin en arrière, enfin détachement de la tumeur.

g) Hémostase soignée des vaisseaux vaginaux et utérins, pincés pendant l'isolement de la collerette.

h) Suture du bord antérieur de la collerette au bord postérieur, en adossant exactement la surface séreuse pour clore parfaitement la cavité péritonéale.

i) Drainage abdominal.

D'autre part, le Dr *Poncel*, de Marseille vante l'hystérectomie vaginale contre les fibromes utérins : sur 11 cas, il a eu 1 décès et 10 guérisons. Toutefois, M. Poncel est de l'avis de M. Delagenière en ce qui concerne les gros fibromes ; pour lui, l'hystérectomie abdominale totale est préférable, dans ces cas, au morcellement par le vagin.

M. Poncel recommande les points suivants dans la pratique de l'hystérectomie vaginale : antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération ; emploi de pinces très solides et ligature de chaque pince après l'opération ; chloroformisation combinée aux injections hypodermiques de cognac ; suppression des injections vaginales pendant l'opération et les pansements ultérieurs ; manœuvre de l'enroulement pour l'extirpation annexielle.

La conclusion nous paraît être que, l'hystérectomie vaginale est aussi bonne que l'hystérectomie abdominale, mais que chacune de ces opérations a ses indications spéciales qu'on arrivera par la suite à bien préciser.

CLINIQUE MÉDICALE

Fièvre urémique.

L'idée d'hypothermie est tellement attachée à celle d'urémie, que le médecin, en présence des manifestations cliniques diverses, engendrées par l'insuffisance rénale, recherche une autre cause (inflammation viscérale, hémorrhagie cérébrale) aux phénomènes qu'il observe, s'ils sont accompagnés d'élévation de température. Il est de règle, en effet, que l'urémie, quelle que soit sa forme, donne lieu à un abaissement progressif et considérable de la température centrale, qui s'accuse de plus en plus, à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale. Cette conclusion, posée par Bourneville, vraie dans l'immense majorité des cas, resta inattaquée jusqu'en 1880, époque à partir de laquelle furent publiées de temps à autre des exceptions à cette règle par MM. Guyot (1880), Dumont (1882), Moussous (1884), Chantemesse et Tenneson (1885. — En 1889, M. Lépine indique qu'il s'en faut que l'hypothermie soit observée chez tous les urémiques et démontre expérimentalement une des provenances de ces substances pyrétogènes. — Bouveret (1889) publie bientôt deux observations qu'il rapproche des expériences de Lépine. La fièvre, chez ses deux malades atteints de lésion rénale, relevait non d'une affection organique, mais de la rétention, dans l'économie, d'un de ces poisons produits de la vie et du fonctionnement des cellules et qui possède la propriété d'élever la température en agissant particulièrement sur certaines régions des centres nerveux. L'hyperthermie que MM. Hutinel et Merklen avaient signalée, dans l'éclampsie urémique et la néphrite aiguë, est dès lors un fait clinique admis au cours de l'urémie lente. Richardière et Thérèse (1891), Gillet (1892), Chapotot et Blondeau (1892), publient des observations cliniques de fièvre urémique, dont l'existence est expérimentalement démontrée par Binet (1891), Roger (1893) et Rouquès (1893). Toute lésion rénale, néphrite épithéliale ou conjonctive primitive ou secondaire, arrivée à la pé-

riode d'insuffisance, est capable d'engendrer l'hyperthermie, qui accompagne surtout les formes nerveuses de cette auto-intoxication, principalement les formes délirante, hémiplégique et comateuse. Aussi fait-elle presque toujours errer le diagnostic et rattacher à un désordre organique central le syndrome observé.

L'élévation thermique peut, à elle seule, être la réaction de l'économie vis-à-vis des poisons non éliminés. Le pouls, la respiration ne subissent pas de changements ; il se passe ici ce que l'on observe parfois dans l'hystérie à forme hyperthermique. Mais, le plus souvent, le pouls suit une marche parallèle à la température, qui va de 38° à 43°9. La respiration devient de plus en plus fréquente, à mesure que s'accuse l'élévation thermique et affecte souvent le type Cheyne-Stokes. Les autres manifestations nerveuses, délire, paralysie, contracture, somnolence ou coma relèvent de la lésion par les poisons retenus, en même temps que les substances thermogènes, d'autres départements nerveux. L'hyperthermie est bien en rapport immédiat avec l'intoxication, car elle commence à s'élever avec les signes prémonitoires de l'urémie, atteint son maximum pendant la crise urémique et redescend dès que les symptômes s'amendent ou disparaissent. Nous observons actuellement dans le service de M. Lancereaux, à l'Hôtel-Dieu, une jeune femme, qui présente un type complet de fièvre urémique. Cette malade, soignée depuis deux ans par M. Lancereaux pour une néphrite post-puerpérale, présente depuis huit mois, à l'occasion de chaque époque menstruelle, une crise fébrile qui se décompose en plusieurs phases. Pendant les cinq jours qui précèdent la venue des règles, le taux des urines, élevé à 3 ou 4 litres pendant la période intercalaire, baisse chaque jour de un demi-litre environ. Parallèlement, la température monte et atteint 40° au bout de 2 ou 3 jours. La malade ne s'alite pas. Le pouls est tantôt fréquent, tantôt normal (68-130); il en est de même de la respiration (20-38). L'arrivée des règles coïncide avec la suppression absolue des urines. Pendant cette deuxième phase menstruelle, anurique, qui dure quelques jours, la température est à 41° et même 42°. La somnolence s'accuse de plus en plus et arrive souvent au coma, que remplace, parfois, une attaque de délire. Les vomissements ne sont pas rares. La troisième phase, terminale, débute avec la cessation de l'écoulement sanguin et est marquée par la réapparition de l'urine. A l'augmentation du taux des urines, répond un abaissement progressif de la température, qui, en deux ou trois jours, revient à la normale. La malade tout en restant polyurique et albuminurique, recouvre les apparences de la santé. L'absence de toute complication viscérale, l'ascension si typique de la température suivant la diminution des urines, le retour brusque à la santé apparente lorsque le filtre rénal reprend ses fonctions, constituent des arguments indiscutables en faveur d'une hyperthermie liée à la non élimination d'une substance thermogène.

La fièvre urémique ne comporte pas de pronostic spécial. Elle coïncide, en effet, tantôt avec une crise d'urémie, qui se termine rapidement par la guérison complète; tantôt, au contraire, elle accompagne les formes graves, mortelles de l'insuffisance rénale. Sa cessation coïncide toujours avec le retour fonctionnel des reins. La possibilité de l'hyperthermie, au cours des crises de l'urémie lente, est extrêmement importante à connaître, si on ne veut pas rattacher à une lésion nerveuse organique irréparable, des accidents qu'une thérapeutique active et bien conduite fera totalement disparaître.

L'étude du syndrome hyperthermie, au cours de l'urémie, serait incomplète, si nous n'envisagions maintenant son processus pathogénique. Aujourd'hui, les procédés pathogéniques intimes qui président à la production du phénomène fièvre, sont en grande partie connus et l'on considère l'hyperthermie comme relevant nécessairement d'une intervention nerveuse. Les substances thermogènes augmentent la calorification, non par leur combustion propre, mais par leur action sur le système nerveux, sur les centres thermiques. Examinons rapidement l'existence de ces centres, puis recherchons si l'imperméabilité rénale amène la rétention de substances thermogènes normalement contenues dans le parenchyme rénal ou éliminées par les urines. La détermination des centres thermiques, leur indépendance des centres vaso-dilatateurs a été faite par Cl. Bernard (1832), Brodie (1837). Les recherches expérimentales de Tscheschichin, Schreiber, Richet, Aronsohn et Sachs, Girard ont nettement démontré que les centres calorigènes siégeaient au niveau de l'écorce cérébrale antérieure et à la partie antérieure du corps strié. L'excitation ou l'inhibition de ces centres amène l'élévation ou l'abaissement de la température normale ; ils peuvent donc indifféremment, suivant l'expression de Cl. Bernard, faire le chaud et le froid dans l'organisme. L'existence de ces centres thermiques ne repose pas seulement sur l'expérimentation, mais encore sur la pathologie. L'hystérie, en effet, qui avec plus de précision et de finesse de localisation que l'expérimentation, arrive à provoquer des paralysies motrices exactement limitées à des muscles ou faisceaux de muscles, montrant ainsi qu'elle peut restreindre son action à une région très limitée de l'écorce cérébrale motrice, peut ne frapper que les centres calorigènes et engendrer la fièvre, comme elle provoque des crises convulsives, une hyperesthésie, une polyurie en agissant sur d'autres points du névraxe. Il est évident qu'au cours de l'urémie, l'œdème de la pie-mère comparable à un trauma, pourrait irriter directement les centres thermiques corticaux et expliquer l'apparition de la fièvre. Aussi MM. Chantemesse et Tenneson, Bouveret, ayant dans leurs observations constaté de la congestion des méninges et de l'œdème de la pie-mère, ont-ils fait jouer un certain rôle à ces lésions dans la production de l'hyperthermie. Mais l'œdème cérébral est si fréquent et l'hyperthermie si rare dans ces circonstances, qu'on ne peut voir, entre les deux faits une relation de cause à effet. La fièvre urémique rentre dans le cadre des fièvres toxiques, que provoquent non seulement les poisons venus du dehors, mais les poisons créés par nous, par nos organes sains. Cette démonstration de la présence de substances hyperthermisantes, dans le rein et les urines a été faite, et c'est là aujourd'hui un fait acquis. M. Lépine (1889), après ligature des uretères et établissement

d'une contre-pression avec de l'eau salée dans ces conduits, voit le rein ainsi lavé, abandonner à la circulation des substances thermogène, dyspnéogène, etc. Binet (1889) isole des urines d'animaux (lapins et cobayes), tuberculeux ou non, une substance thermogène. Roger (1893), enfin, trouve dans les urines normales et dans les tissus (râte, muscles) de l'homme des substances hyperthermisantes, dont l'activité est considérable. L'existence de la fièvre urémique repose, donc, sur un tel ensemble de preuves cliniques et expérimentales qu'on ne peut lui refuser son inscription dans le cadre nosographique. Elle n'est qu'une variété de la fièvre d'origine toxique si bien établie par M. Bouchard. L'hyperthermie urémique ne comporte pas d'indications thérapeutiques spéciales. L'antipyrine essayée par M. Lancereaux ne lui a pas donné de résultats. Le mieux est de s'attaquer à la cause, à la rétention des substances hyperthermisantes, et de tenter de lever l'obstacle rénal ou de s'adresser aux organes de suppléance du rein, le tube digestif et la peau.

Dr J. Thiroloix.

VARIÉTÉS.

Du danger de ne pas suivre la direction de son médecin ordinaire, et de marchander sa santé. — Triste odyssée d'un coureur de cliniques, millionnaire, — ou comme quoi, par leur faute, les riches sont plus mal soignés que les pauvres. — Curieuse observation de syphilis conjugale.

En mai 1886, dans le cours d'une tournée habituelle, je rencontre M. X.., un de mes clients, 52 ans, bi-millionnaire au moins, à la suite de certaines spéculations sur les bois, pour le compte du ministère de la guerre, pendant le siège de Paris, — mais, ce que dit et pense le public à ce sujet ne me regarde pas. — Je suis bien aise de vous rencontrer, docteur. Dites-moi donc ? je suis un peu sourd, depuis quelque temps, que faut-il faire ? — Consulter votre médecin, dis-je en plaisantant, mais pas dans la rue, dans son cabinet.

Quelques conseils vulgaires, avidement attendus, sont néanmoins donnés à ce mendiant d'un vieux genre bien connu des médecins, puis : Adieu ! surtout venez me voir ! — Certainement, docteur ! c'est ça ! si cela ne va pas mieux, je ne manquerai pas d'aller vous trouver ! au revoir ! et merci ! ... Il était enchanté d'avoir sa consultation gratuite ! mais elle ne suffit pas, car il alla se faire soigner, *proprio motu*, à la clinique des Sourds-muets de la rue Saint-Jacques, où, pendant tout l'été, on lui pratiqua de temps en temps, le cathétérisme de la trompe d'Eustache gauche. Pas de médication spéciale.

Sur ces entrefaites, je suis appelé auprès de lui, le 19 novembre 1886. C'est alors qu'il m'a raconté ses visites à la clinique des Sourds-muets, et que j'ai constaté l'état suivant : angine double suspecte, avec taches opalines, stomatite érythémateuse, rhinite avec gonflement des muqueuses nasales, douleurs tendineuses aux pieds et aux genoux, érythème papuleux généralisé, et aux jambes des taches jambon fumé, antérieures d'environ un mois aux autres symptômes, au dire du malade ; léger œdème malléolaire. — D'emblée, mon bonhomme accuse la clinique gratuite de tout le mal !...

Quoi qu'il en soit, il n'avoue rien, et me jure qu'il n'a jamais eu et ne s'est jamais mis dans le cas d'avoir la syphilis. Pas de trace de chancre initial. Néanmoins : Sirop de Gibert, etc., pendant quelque temps, puis iodure de potassium, qui n'a pu être supporté plus de huit jours. L'angine a guéri assez rapidement, et fin novembre, une conjonctivite intense apparaissait à l'œil gauche. Elle a duré quinze jours, puis a été remplacée, vers la fin de décembre, par une conjonctivite beaucoup plus violente de l'œil droit, avec élancements très douloureux du globe oculaire, maux de tête atroces, tout cela accompagné de symptômes de rhumatisme fibreux. — Le sulfate de quinine, le salicylate de soude, le salicylate de lithine, la teinture de colchique, successivement administrés, n'ont pas donné de résultats appréciables, sauf peut-être le salicylate de lithine.

Au commencement de janvier 1887, la maladie est localisée dans la tête et l'œil droit uniquement. — Un confrère, ancien interne des hôpitaux, aujourd'hui médecin des hôpitaux, le Dr F.., est appelé le 5 février. Il trouve un engorgement ganglionnaire, à l'aine droite, pense tout d'abord à la syphilis (mon idée fixe), puis, après examen et interrogatoire minutieux, rejette carrément cette hypothèse, et se rallie au rhumatisme (pourquoi pas les deux ?) Les sangsues répétées calment les douleurs oculaires, mais la conjonctivite se maintient, et l'érythème, qui s'était éteint, reparaît. Au commencement de février, j'observe un iritis à droite ; quelque temps après, à gauche. De plus, la femme du malade, lors de la consultation avec le Dr F.., est atteinte d'une éruption spéciale roséoliforme, avec arthralgie des genoux. Cette éruption remonte au 25 janvier. Pas de trace, non plus, de chancre spécifique...

Le malade affirme de plus en plus, n'avoir eu autrefois qu'une blennorrhagie, il y aurait de cela une trentaine d'années, mais pas autre chose. Cependant (enfin !), pressé de plus en plus chaque jour, il m'avoue avoir vu de janvier à avril 1886 — date qui me paraît fatale — une femme, *dont il était sûr*. Est-ce heureux pour la clinique de la rue Saint-Jacques! L'écheveau étiologique se débrouille. Le diagnostic s'éclaire. Nous approchons de la vérité. Afin d'arriver à la certitude, j'adresse mon malade, le 8 mars, à l'un de nos oculistes les plus aimables et les plus distingués, le regretté M. G..., de G... — Surtout ! puisque vous pensez avoir des griefs contre les cliniques, allez au cabinet de l'oculiste, et non à sa clinique ! — Et j'insistai !..., mais mon incorrigible avare revint de *la clinique* avec une lettre de M. G... de G...

« M. X... est atteint de double iritis syphilitique, peut-être compliqué de la diathèse rhumatismale. Je pense que les injections sous-cutanées de peptonate d'hydrargyre vont avoir promptement raison de cette double affection... On reviendra dans quelque temps à l'iodure de potassium... — instillation d'atropine — lotions chaudes avec liqueur de Van Swieten... » — Le 14 mars 1887, nouvelle lettre :

« Il n'y a pour moi que la syphilis, qui puisse donner des iritis de l'aspect de ceux de M. X... Son éruption et celle de Mme X... sont de même

nature, à mon sens. Or, ayant une longue expérience de l'action du peptonate, je crois pouvoir espérer que la guérison de ces iritis sera d'une promptitude remarquable..... » — Le 18 mars, M. G... de G... trouve M. X... beaucoup mieux, l'acuité visuelle augmente. Donc l'iritis est bien de nature spécifique, et la guérison paraît assurée en continuant le traitement. — On fait des injections pendant dix-huit jours. Le quinzième jour, conjonctivite de l'œil droit, stomatite mercurielle. — Le 28 mars la vision de l'œil gauche est très notablement améliorée, sur le dernier examen. Celle de l'œil droit est restée sensiblement la même, et, peut-être, a-t-elle un peu baissé. Cela est attribué à une recrudescence d'inflammation, due, très probablement, à un refroidissement contracté ces jours derniers. Quoi qu'il en soit, l'iris droit est moins vasculaire et il ne présente plus de condylomes, mais les synéchies persistent, et il faut prévoir le moment où une iridectomie deviendra indispensable. On suspend les injections et on reprend l'iodure de potassium. Lorsque la salivation a disparu, on a recours aux onctions hydrargyriques belladonées sur le front. Le 8 avril, l'acuité visuelle a sensiblement baissé, surtout à gauche. On pense que cela tient à la suspension du traitement hydrargyrique, que l'on reprend avec l'iodure de potassium et l'atropine. L'iris a perdu une grande partie de sa vascularisation, mais les synéchies persistent toujours, et par l'usage prolongé de l'atropine, on exerce des tractions qui, à la longue, peuvent agir très défavorablement sur les attaches du cristallin, troubler sa vitalité et amener son opacité. L'iridectomie s'impose.

Il faut la faire, dit M. G... de G..., le plus tôt possible, soit à la clinique, soit chez le malade, *s'il a chez lui toutes les conditions hygiéniques désirables.*

C'est ici que les difficultés commencent pour notre millionnaire. Les pourparlers sont nombreux. — Combien cela me coûtera-t-il ?... ce sera-t-il moins cher et aussi bien fait à la clinique que chez moi? etc... — Le 12 avril, l'opération devient de plus en plus urgente. Les pourparlers avec M. G... de G..., que j'avais renseigné sur l'état de fortune de M. X..., n'aboutissent pas. Les offres de M. X... sont dérisoires et j'avoue, en toute sincérité, que M. G... de G..., sur mes instances, faisait des conditions particulièrement raisonnables et demandait des honoraires bien inférieurs à ceux qui auraient pu et dû être demandés. Ces marchandages devenaient véritablement honteux, pénibles et humiliants.— Le 15 avril, une dernière concession est faite par l'oculiste.— C'est bien ! me dit M. X..., je vais réfléchir, mais je puis attendre huit jours, n'est-ce pas, docteur ? J'ai une noce, près de Paris, à laquelle je voudrais bien assister, puis-je y aller ? — Je n'y vois pas d'inconvénient, répondis-je, mais une bonne fois, donnez-moi votre réponse, que je la transmette à qui de droit : *je ne vous reverrai pas avant* — Vous l'aurez sous peu, docteur. — J'étais persuadé qu'il n'y avait pas de noce, que mon client se moquait encore du monde et je ne me trompais pas! Pas de nouvelles, ni de réponse! Je croyais avoir perdu la confiance de M. X..., et ma foi ! j'en étais presque heureux, lorsque je fus demandé chez lui, le 26 avril. Je trouvai un homme souriant, heureux, qui s'avança vers moi les mains tendues : —Vous êtes opéré, lui dis-je.— Vous voyez ça, docteur ! Eh bien ! oui, ça y est ! Et cela ne m'a pas coûté cher ! Et il me raconta qu'il était resté huit jours chez le spécialiste M. G..., que l'opération — iridectomie à droite — plus huit jours de séjour, lui avait coûté seulement 200 fr. — tout compris, et qu'il avait bien gagné son temps, en n'allant plus chez M. G... de G... Je félicitai mon client de son succès économique, de son talent de débrouillard ; je le laissai suivre, *à sa guise*, son nouveau traitement *plus ou moins approprié*, et je me désintéressai *complètement* de son sort.

Je ne fus rappelé qu'au mois de novembre suivant, pour Madame X....., dont la maladie *non soignée* avait fait des progrès : les accidents syphilitiques tertiaires étaient manifestes. A partir de ce jour, elle suivit exactement son traitement. Monsieur X.... me parla de *sa guérison*, tout heureux de ne plus rien faire et de ne plus acheter de médicaments. Cependant il ne voyait pas de son œil gauche. — Je lui conseillai de *continuer* chez son oculiste.

En février 1888 je revis Madame X.... qui continua le traitement de ses accidents tertiaires avec persévérance, pendant toute l'année. Au commencement de décembre 1888, elle avait encore des taches cicatricielles caractéristiques aux membres et des ulcérations à la face interne de la cuisse droite, de forme ecthymateuse.

A la fin de novembre 1888, M. X.... s'était fait opérer de l'œil gauche — iridectomie — toujours chez M. G.....

Le 21 décembre 1888, il me pria de vouloir bien m'occuper de lui. Depuis une vingtaine de jours il avait des céphalées persistantes et très pénibles. Après son dîner, le soir du 21, il se trouva plus mal, et fut pris dans la nuit d'une crise apoplectiforme.

Le 22 décembre au matin, je trouve le malade dans le coma, sensibilité conservée aux membres, mais immobilité absolue, — insensibilité de la rétine et des conjonctives, suspension respiratoire, — inhibition.

Consultation à midi, avec le Dr L..., médecin de Lariboisière,— mêmes phénomènes, de plus, stertor, pouls à 53. — On s'attend à une issue fatale d'un moment à l'autre. Diagnostic : artérite syphilitique avec hémorrhagie artérielle.

Traitement : sangsues à l'anus, aux apophyses mastoïdes, frictions mercurielles, lavements purgatifs, puis lavements à l'iodure de potassium, glace sur la tête, sinapismes, injections d'éther, vésicatoire au niveau de la courbure droite de l'estomac. — Le soir, retard dans la perception de la sensibilité au membre inférieur droit, agitation avec mouvements désordonnés des membres.

23. — Ouvre les yeux, s'agite, s'asseoit. Les phénomènes de paralysie disparaissent, le pouls se relève, de temps en temps somnolence avec stertor, entend, comprend, tire la langue quand on le lui demande, prononce quelques mots indistincts. Le soir menace de coma et d'aggravation.

24. — Ouvre les yeux, regarde, entend, comprend. Se remue, avale, urine, pouls à 80. Sensibilité normale, T. 37°5.

25. — L'amélioration continue. De concert avec mon ami le Docteur R...., de Villejuif, médecin

des parents de la famille, nous continuons le traitement. S'alimente avec des liquides. De temps en temps, somnolence avec un peu de stertor.

26. — Poussée congestive dans la nuit, somnolence, P. 90, T. 38°.

27. — Troubles de la sensibilité qui devient obtuse. Retard dans la perception.

28. — Poussée congestive dans la nuit. P. 100, T. 38°5.

29. — Somnolence — insensibilité, sans paralysie, langue sèche. P. 120, T. 39°.

30. — Somnolence, stertor, perte absolue de connaissance, insensibilité des conjonctives, alimentation impossible. P. 150, T. 39°5.

31. — Même état. — Mort à 10 h. du soir.

Et Madame X....., guérie ou à peu près, a *très vivement* discuté ma note d'honoraires... en mémoire de son mari sans doute ! Elle ignore toujours la nature de la maladie *de peau* qu'elle a eue. Probablement même, qu'elle a trouvé les instances que je mettais à l'engager à se soigner longtemps, un peu importunes, et que je lui faisais dépenser beaucoup d'argent, car je ne l'ai pas revue comme médecin depuis six ans.

Dirai-je, pour ma satisfaction personnelle, que le vice — n'y aurait-il que l'avarice — porte avec lui son châtiment ? C'est bien banal et d'un mauvais cœur.

Combien plus importantes à faire seraient les réflexions et les remarques que comporte cette observation, malheureusement loin d'être un cas isolé ! — Réflexions philosophiques et sociologiques ; — difficultés de l'étiologie et du diagnostic ; — difficulté de la pratique médicale ; — contagion ; — responsabilité ; — exploitation des médecins par les malades ; — médecins se nuisant les uns les autres ; — rôle des cliniques gratuites, leur utilité au point de vue des malades et des intérêts du corps médical, etc.

Laissons pour le moment, ces chapitres intéressants, et finissons en rappelant le mot profond de Ricord si vrai dans l'histoire que nous venons de raconter :

« Hâtez-vous d'avoir la vérole. »

Dr COURGEY.

BULLETIN DES SYNDICATS

Lille, le 13 novembre 1894.

A Monsieur le Dr Cézilly.

Monsieur et honoré Confrère,

Dans une des colonnes du dernier numéro du « *Concours* », vous me demandiez le compte rendu de la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, qui s'est constitué le 10 courant.

Nous sommes heureux de vous apprendre que le Syndicat de Lille et de la région, qui n'a pas 8 mois d'existence, compte déjà la grande majorité des praticiens de Lille, un certain nombre de confrères de l'arrondissement et presque tous les professeurs de la Faculté libre et seulement le tiers de ceux de la Faculté de l'Etat.

C'est dire que notre Syndicat est déjà bien assis. Chacune de nos réunions mensuelles est signalée par de nouvelles candidatures.

Maintenant que notre Syndicat est vigoureux, sans peur et sans reproche, et que son existence et sa vitalité ont été consacrées, comme vous le lirez plus loin, par ses frères plus âgés, du Nord et du Pas-de-Calais, les professeurs retardataires, jusqu'ici expectants, n'auront plus aucun prétexte pour refuser leur concours au Syndicat, qui a conquis enfin droit de cité.

S'ils n'ont pas tous des enfants à lancer dans la carrière, ils ont au moins un cœur généreux, compatissant aux difficultés des praticiens, peinant jour et nuit auprès des malades. Ils sont indépendants, il est vrai, avec un traitement officiel progressif de 8, 10 et 11 mille francs, des rubans en perspective et une retraite assurée. C'est autre chose que le traitement des médecins de l'assistance gratuite ! Leurs adhésions n'en seront que plus dignes et plus méritoires. Ils n'ont rien à craindre du gouvernement, qui, en vertu de la loi du 30 novembre 1892, a donné son approbation aux *Syndicats médicaux*. Ils seront ainsi nos véritables confrères.

Devant l'*Association des médecins de France*, qui se montrait hostile aux Syndicats, M. *Brouardel*, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a prononcé les paroles suivantes que votre journal a reproduites et qu'il est bon de rappeler :

« Les Syndicats sont nés le jour où le médecin a » trouvé une sorte de coalition des intérêts dits généraux, menaçant sa position ou l'obligeant à » abaisser le taux de ses honoraires, de telle façon » qu'il devait renoncer à l'espoir d'assurer à sa famille, à ses enfants, le rang social que lui-même » avait acquis par son labeur. Des exemples trop » démonstratifs ne laissent aucun doute sur ce point. » Il est telle ville de province, et même plusieurs » grandes villes, où tous les citoyens ont constitué » une ou plusieurs sociétés de secours mutuels, dans » lesquelles ils sont tous inscrits, imposant ainsi à » tous les médecins un tarif d'honoraires absolument dérisoire.

» Il y a en ce cas, une coalition des intérêts privés contre les intérêts médicaux ; il serait inique » d'empêcher nos collègues de se grouper, pour opposer une résistance collective à une prétention » qui aurait pour eux les plus graves conséquences. » Je me contente d'indiquer ce point de départ. » L'exposé complet de ces questions nous entraînerait trop loin. »

Le 10 courant, avait lieu à Lille, sur l'initiative du Syndicat de Douai et de la région, la première réunion de 12 Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais :

Douai et région, président : M. Sockeel. — Arrondissements : de Cambrai. président : M. Robert ; de Valenciennes, M. Leserf ; de Dunkerque, M. Reumaux ; Avesnes, M. Culot (de Maubeuge). — Canton de La Bassée, président : M. Dubus. — Canton de Roubaix, président ; M. Derville. — Lille et région, président ; M. Lingrand. — Arras et région, président : M. Poiteaux (de Bienvillers). — Boulogne et région, président : M. Fillette. — Calais et région, président : M. Brégeaut. — Bassin houiller, président : M. Lourties (de Billy-Montigny).

Sur l'invitation du Syndicat de Douai, tous ces syndicats avaient envoyé leurs délégués, que leurs présidents accompagnaient.

Le bureau provisoire de la Fédération est ainsi constitué :

M. Sockeel, Président du Syndicat de Douai, Président ; M. Rossigneux, du Cateau, vice-président.

MM. Pollet de Douai, Richard-Lesay, de Lille, Secrétaires.

MM. Capon, de Cambrai, Guyot, de Calais, Assesseurs.

Le président du Syndicat de Lille ouvre la séance, à 5 heures, par une cordiale bienvenue aux délégués des Syndicats et loue chaleureusement le Syndicat de Douai, d'avoir conçu et réalisé l'idée de la Fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais. Le président se retire dans l'assistance, après avoir prié les membres du Bureau de prendre place.

Le président du Bureau, M. Sockeel, prononce une intéressante allocution, accueillie par l'Assemblée avec la plus grande faveur.

Le président du Syndicat de Lille a la parole pour la lecture d'un projet de statuts de la Fédération qu'il a élaboré.

Ces statuts sont adoptés provisoirement, après des modifications, et il est décidé qu'ils seront imprimés et soumis à l'appréciation de tous les syndicats fédérés qui, chacun de leur côté, devront se réunir extraordinairement, dans le plus bref délai possible, pour cet objet, en même temps que pour traiter la question de l'assistance gratuite.

Cette dernière question n'a pu être traitée à fond, en raison du peu de temps restant avant l'heure du banquet.

Toute l'assemblée a été unanime pour déclarer qu'elle compte sur un traitement équitable, mais non plus dérisoire, comme celui des bureaux de bienfaisance ; elle prétend qu'il ne soit plus fait sic vos non vobis, du dévouement et de la popularité avec notre science, nos labeurs, nos veilles et notre santé.

Le banquet, qui eut lieu à 7 heures, dans les salons du Grand-Hôtel de Paris, était présidé par le président du syndicat de Lille, ayant à ses côtés M. le Dr Sockeel, président du Syndicat de Douai, et M. le Dr Goulard, de Solre-le-Château, conseiller général du Nord.

Les convives n'ont jamais éprouvé si vivement le plaisir de confraterniser et se promettent bien de le renouveler deux fois par an.

La cordialité s'est épanchée en allocutions, monologues et chants du meilleur aloi.

Le président du Syndicat de Lille a parlé, en ces termes, aux présidents des autres syndicats :

Chers Présidents,

Votre présence honore et réjouit notre jeune Syndicat de Lille et de la région.

Il est bien aimable à vous d'être venus fêter la Fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais.

Recevez, chers hôtes, pour vous et pour les honorables confrères que vous représentez, le témoignage de la haute estime et des vives sympathies confraternelles du Syndicat de Lille et de la région.

Nous prions les délégués de transmettre nos mêmes hommages à leurs présidents, empêchés de venir.

Je porte la santé des présidents présents et absents.

Le président, se levant à nouveau :

Chers Confrères,

Je salue cette agape confraternelle, où règne la plus franche cordialité et qui affirme la vitalité de notre Syndicat.

L'on avait prétendu qu'il ne pourrait pas vivre, qu'il était mort-né, que, élevés dans des milieux différents, dont nous continuions à subir l'influence, professant des idées politiques et philosophiques différentes, nous ne pourrions jamais nous entendre.

A quoi bon, disait-on, vous ne réussirez pas.

Et pourtant nous vivons !

C'est qu'ils ne pensaient pas, nos détracteurs, que la mission qui nous incombe est assez haute pour nous élever au-dessus de toutes les divisions des partis, au-dessus de toutes les petites misères de l'humanité.

De même que le soldat, qui a pour mission de défendre la patrie, doit s'élever au-dessus des partis et des opinions pour ne voir que le drapeau ; de même nous avons pour fonction sociale de défendre l'humanité contre les maux qui l'accablent, sans distinction de parti, de race, de situation sociale....

Confrères, nous formons le bataillon sacré des défenseurs de l'humanité.

Soyons unis !

Je bois à l'union de tous les médecins sur le terrain scientifique et professionnel.

M. Bécour, vice-président du Syndicat de Lille et de la région, s'exprime en ces termes :

La majorité des praticiens de Lille, réunie ici, adresse ses remerciements aux confrères du dehors qui ont compris la force de l'union et de la solidarité ; elle remercie également les professeurs, qui peuvent juger impartialement nos efforts en faveur des intérêts généraux des médecins, eux qui planent au-dessus des luttes d'intérêts ; ils peuvent nous soutenir, nous éclairer moralement et matériellement ; plusieurs l'ont compris — nous tenons à le constater.

A nos débuts, on a dit : un Syndicat médical est immoral. En quoi, je vous prie, est-il immoral, ce pacte des médecins de Rodez, refusant pour 6 francs d'aller à plusieurs kilomètres, ouvrir un cadavre, dresser un rapport, éclairer la justice et sauver peut-être un innocent, voire un coupable.

Est-il immoral de refuser les 6 fr. qu'un assureur offre au docteur, pour un membre brisé, et un rapport judiciaire, alors que ce même assureur, pour une expertise de maison incendiée, paie 100 fr. à l'architecte.

L'administration, est-elle plus morale, lorsqu'elle sait que la visite médicale aux pauvres revient à quinze centimes, la consultation à cinq et que le médecin court le risque d'être injurié à ce prix. Et les charlatans, qui exploitent médecins et malades avec les pilules helvétiques et la tisane d'aloès, et les sociétés de secours mutuels à 0,25 c. la visite, et les compagnies de chemins de fer, qui paient un graisseur 1,200 fr. et un chirurgien opérateur 800 fr. Est-ce de cette morale-là qu'on parle ? Et le législateur qui a exigé : diplôme, savoir, puis dévouement et abnégation, pendant 40 ans de services, sans retraite, prétend aujourd'hui retenir, sur un maigre traitement, les médicaments délivrés en trop, mais utilement, aux pauvres. Le gouvernement est-il moral lorsque, dans une affaire de fraude, il paie 15.000 fr. à l'expert, lorsqu'il vous octroie 8 fr. pour un accouchement. Ce même législateur a déjà pourvu aux émoluments des bureaucrates, dont le moindre recevra le double des honoraires médicaux, dans l'assistance médicale.

La morale que nous en tirons est celle-ci : les médecins qui planent dans les sereines régions où la manne officielle leur tombe en espèces professorales, sont égoïstes lorsqu'ils ne nous aident pas, moralement au moins, à lutter contre le parasitisme, qui dévore les praticiens.

Nous cherchons à améliorer le sort des vieux médecins, qui succombent à la tâche. Chacun crie à l'aide à l'Association des médecins qui délivre de 3 à 600 fr. par an au vieillard ayant peiné toute sa vie et qui souffre de la misère....!

On vous a dit : le syndicat a déjà été un avortement. Oh ! nous le savons : vice constitutionnel. Deux éléments aux prises :

Les rhéteurs et la noblesse de robe discutèrent longtemps, et, au lieu d'aider les praticiens à garantir leurs intérêts, la discorde souffla, pour des préséances.

Frères, si vous voulez, mais les grands frères veulent toujours manger les petits ; *caveant fratres*.

Le fœtus syndical grandit, il se fédère, il s'agrège, il est encore au biberon ; il aura bientôt des dents ; il prouve le mouvement, en ce jour, en *mangeant*. Vous représentez ici douze syndicats, à 80. L'an prochain nous serons 20 syndicats et 200 convives.

C'est la grâce que je nous souhaite.

———

L'heure tardive du banquet, 7 heures du soir au lieu de 2 heures, a empêché, nous ont déclaré les présidents et les délégués, un grand nombre de syndiqués éloignés, d'y assister, bien qu'ils n'aient voix délibérative que dans une assemblée générale.

Tous les convives ont été unanimes pour affirmer combien a été vif et inoubliable le plaisir de fraterniser avec des confrères de tous les points et des

confins de deux départements limitrophes et si étendus.

Ils se promettent bien de renouveler ce plaisir plusieurs fois par an, l'été à Calais, ou à Boulogne.

La confraternité s'est épanchée non seulement en allocutions, mais aussi en monologues et chants.

La plupart des convives du dehors ont dû partir avant la fin du dîner. Les présidents se sont promis, la main dans la main, de faire imprimer la liste générale de tous les syndiqués, pour être remise à chacun, en vue d'établir un courant de relations.

Le bureau provisoire fonctionnera jusqu'à la prochaine assemblée générale, qui ne sera plus une simple réunion de délégués. Il a été convenu qu'il y aurait un président et un vice-président dans le Nord et deux vice-présidents dans le Pas-de-Calais.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Directeur, à qui les Syndicats doivent existence et prospérité, l'assurance de nos sentiments reconnaissants et dévoués.

Dr Lingrand,

Président du Syndicat médical de Lille et de la région.

Note du Journal. — L'espace nous manque pour reproduire dans ce numéro les allocutions de MM. les Drs Goulard, Lemoine, Lourties, Eustache, Pollet, Richard-Lesay, Dutilleul.

Syndicat de la Haute-Vienne.

Réunion générale du 24 août 1894

Présidence de M. le Dr de Font-Réaulx.

M. Bosset, *secrétaire des séances*, donne lecture d'un projet de tarif d'honoraires minima et facultatif, élaboré par la Commission. Ce tarif est accepté avec de légères modifications par l'Assemblée générale ; il sera communiqué à tous les membres du Syndicat.

M. Decrossas, *conseiller général*, se charge de transmettre à l'assemblée départementale le vœu du Syndicat au sujet d'une prorogation d'un an, sursis d'appel accordé aux étudiants en médecine, afin de leur permettre de faire leurs études d'une façon moins hâtive.

Discours de M. de Font-Réaulx.

Chers Confrères,

J'ai le triste privilège, dès l'ouverture de cette Assemblée générale, de vous rappeler le deuil récent qui a décapité votre bureau et nous a si cruellement étreint le cœur à tous. Notre bien-aimé président, le professeur Mazard, dont la bonté et la droiture étaient de longtemps légendaires, avait accepté volontiers de diriger les premiers pas de notre jeune Syndicat.

Pourquoi un destin cruel a-t-il voulu que nous soyons sitôt privés de ses sages conseils ? Sa longue pratique des hommes et des choses l'avait amené à apprécier comme une œuvre de grande utilité et de grand avenir l'idée de grouper en un faisceau la corporation médicale du département.

Président très apprécié pendant dix ans de la Société de Secours mutuels, il avait compris que seule elle était impuissante à faire éclore une ère nouvelle pour le corps médical. Le rôle de l'Association de secours mutuels est fort beau sans doute et digne du concours de tous : sa création a réalisé un grand bienfait, mais en attendant les développements que nous espérons voir réaliser, sous l'impulsion du très libéral président Lannelongue, elle reste une œuvre de charité en faveur des victimes du sort. Elle offre trente-trois sous par jour à une centaine de nos plus malheureux confrères, aveugles, paralytiques, qui reculent devant une demande d'admission dans un hospice. Quelques secours sont aussi accordés à un petit nombre de veuves et d'orphelins et, malgré leur exiguïté, ils sont les bienvenus.

Notre cher président, avec sa grande habitude de la clinique, avait compris que le remède au mal, dont souffre le corps médical, c'était de tonifier sa constitution. Le moyen, c'est de fédérer tous ses membres par le Syndicat. L'union fait la force. Mieux vaut prévenir les complications que d'avoir à les combattre.

Le Syndicat a deux objets : maintenir l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité professionnelle, améliorer les conditions d'existence de tous.

N'est-ce rien, dans ce double but, que de rétablir de véritables statuts corporatifs écrits et précis, consentis volontairement, pour restaurer les anciennes traditions de solidarité confraternelle qui semblent tendre un peu vers l'effritement et la déliquescence ?

Les pouvoirs publics n'ayant pas encore cru devoir créer et rendre obligatoire l'enseignement officiel de la déontologie, nos Syndicats ont pour objet de le rédiger et qui mieux est, de le pratiquer strictement. Cette nouveauté, car c'en est une, paraissait au président Mazard, comme à vous tous, dès plus fécondes.

Jusqu'ici, dans bien des régions, l'esprit de confraternité a faibli. Il faut bien le reconnaître, cela provient de causes diverses. Parfois ce sont de fâcheuses rivalités qui devraient être confinées sur le terrain de la politique et ne pas filtrer dans les relations professionnelles. Ailleurs ce sont des différences de succès, et parfois de talent qui amoindrissent l'équité et la bienveillance confraternelle.

Ceux qui en souffrent se sentent aigris et amenés à des procédés fâcheux, provoquant à leur tour des représailles. La lutte pour l'existence est toujours là pour envenimer ces situations regrettables. Bien des fois un mauvais procédé ne se produirait pas si celui qui l'emploie savait que le confrère, dont il a à se plaindre n'agit mal à son égard que par suite du développement d'un cercle vicieux.

Ne serait-il pas souhaitable que le Syndicat, après ou sans explications nouvelles entre confrères en froid, offrît de passer l'éponge sur toutes les fausses situations antérieures et fournît, pour l'avenir, si par accident elles tendaient à reparaître, un moyen bienveillant, affectueux même, d'arbitrage et de conciliation.

Pour être pleinement utile, le Syndicat a besoin du nombre. Bien peu de créations similaires ont eu la bonne fortune, dès leur origine, de recevoir une proportion aussi grande de membres. Près de la moitié de nos confrères ont adhéré dès cette première année. C'est de bon augure. A l'esprit de prosélytisme de tous de faire le reste, en détruisant l'esprit de l'isolement, je ne veux pas dire d'égoïsme. Tous les bras seront ouverts aux retardataires et ils en retireront, croyons-nous, estime et honneur. L'action d'un Syndicat, à peu près unanime à l'égard de la société prise individuellement ou dans ses diverses collectivités, sera grandement accrue pour le bien public et l'avantage matériel et moral de la profession.

Déjà, trois mille médecins font partie de la Fédération des Syndicats médicaux de France. Cette union des Syndicats est déjà une force et est destinée à devenir sous peu une puissance. Un millier d'autres médecins, syndiqués pourtant, ne sont pas encore affiliés à la Fédération, mais chaque mois voit se produire de nouvelles adhésions.

Les Syndicats qui ont quelques années d'existence ont déjà produit des fruits remarquables. Témoin le Syndicat du Loiret qui, par la plume du vaillant Dr Gassot, publiait, il y a deux ans, le résumé, bien suggestif pour nous, de ses travaux de dix ans.

Beaucoup d'entre nous, chers confrères, sont peu au courant encore des œuvres réalisées par tant de Syndicats nos aînés. Veuillez permettre à un

vétéran de l'idée syndicale de vous engager à lire non seulement le *Bulletin mensuel* que l'Union des Syndicats vous adresse, mais celui du Concours médical.

Depuis quinze ans, une petite phalange de confrères des plus honorables et des plus zélés pour l'avenir de la profession a, sous la puissante initiative du président de la Société locale de l'Oise, le Dr Cézilly, jeté la bonne graine, sur les ailes de cette feuille, à tous les vents de notre pays. La création des Syndicats a été la première œuvre du Dr Cézilly, la dernière c'est l'Assurance-Maladie analogue à celles qui existent à l'étranger. Dans l'intervalle, la Société fondée par le Dr Cézilly a créé diverses institutions tutélaires, notamment la Caisse des Retraites, celles des Victimes du Devoir, toutes en plein fonctionnement. L'un de ses membres les plus éminents, le Dr Chevandier, a fait aboutir au Parlement la loi sur la médecine. Ajoutons que le Concours médical a grandement aidé à l'avénement de la loi sur l'Assistance obligatoire des indigents et qu'en ce moment, de concert avec l'Union des Syndicats, il s'efforce d'obtenir une loi sur la pharmacie la moins défectueuse qu'il sera possible.

Le Concours médical a reçu près de 4,000 adhésions et ses résultats sont dignes de l'admiration et de la reconnaissance de tous ceux qui aujourd'hui récoltent la moisson qu'a semée cette œuvre, peu connue parmi nous, puisque de ses 4,000 adhérents une douzaine seulement exercent dans notre département. Ceux-là sont presque seuls à bien se rendre compte de tout ce qu'on peut attendre d'un Syndicat.

Nous aurons à résoudre nombre de questions. En attendant, votre dévoué secrétaire général, le Dr Desbrières, va vous soumettre, au cours de son compte rendu annuel, un tarif d'honoraires élaboré par votre commission syndicale sur votre demande.

Nous devons tendre, comme toutes les professions libérales, à obtenir une rémunération équitable, proportionnelle autant que possible à la situation du client, à la situation aussi et au talent du praticien, au service rendu, au temps employé, à la peine prise. Tous ces éléments sont impossibles à combiner dans un tarif et doivent être appréciées par chacun dans toute son indépendance. Il ne s'agit donc que d'une indication sur un tarif minimum ne visant point tous ces éléments et d'ailleurs n'ayant rien d'absolument obligatoire.

D'autre part, il ne saurait entrer dans les vues de personne d'amoindrir le côté si noble et si fondamental de notre profession, cette bienfaisance qui a tant de façons de s'exercer vis-à-vis de tous les clients riches ou pauvres. Je crois même pouvoir ajouter qu'un des modes de cette bienfaisance, la charité, trouvera dans l'application des idées syndicales un moyen de se développer. Le médecin doit tendre, vu le renchérissement de toutes choses, à recevoir des honoraires assez rémunérateurs pour avoir la joie, la consolation, dans son labeur si pénible, de pouvoir plus souvent satisfaire ses instincts traditionnels. Des dons en nature ou en argent, nous l'avons tous constaté, peuvent parfois être d'une utilité décisive pour obtenir la guérison des malheureux toujours bien nombreux.

Si le médecin était partout équitablement rémunéré, les malades nécessiteux recevraient, outre des soins dévoués qui ne leur manquent pas, des dons plus abondants. Ils se trouveraient obtenir ainsi, passez-moi cette expression un peu étrange peut-être, la participation dans les bénéfices du corps médical.

Ma tâche est terminée. Veuillez cependant me permettre, chers confrères, au sujet des obsèques de notre regretté président, de vous confesser que j'ai pris sur moi, ne pouvant procéder autrement, et vous m'absoudrez, de prier notre secrétaire général de déposer en votre nom une magnifique couronne de fleurs naturelles sur le cercueil du Dr Mazard. Vous avez tous remarqué que le Dr Desbrières avait fort bien rempli cette mission délicate.

J'ai regretté qu'une disposition formelle de la touchante autobiographie que vous avez tous reçue de notre vénéré maître ait mis obstacle aux éloges funèbres qui lui étaient bien dus. Sa modestie excessive a inspiré cet acte de sa volonté; il a tenu à être son seul historiographe. Respectons son désir. Il savait bien, ce bon, cet excellent vieillard, que sa mémoire vivrait autant que nos cœurs.

COMPTE RENDU DU Dr DESBRIÈRES, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL TRÉSORIER.

Messieurs,

Après l'éloquent discours que vient de prononcer M. de Font-Réaulx, il vous sera certainement pénible de m'écouter. Mais vous m'avez nommé secrétaire et trésorier du Syndicat médical de la Haute-Vienne, il faut donc bien que je vous dise, en aussi peu de mots que possible, ce qu'a fait votre Commission pendant l'année qui vient de s'écouler et aussi quel a été l'emploi de l'argent que vous m'avez confié pour vos cotisations.

Vous savez que c'est à la réunion de l'Association médicale, tenue à Saint-Junien, en juillet 1893, que l'idée de la formation d'un Syndicat des médecins de la Haute-Vienne a été émise par M. de Font-Réaulx. Sans pitié pour sa modestie, laissez-moi dire que c'est à lui que revient presque tout l'honneur, j'ajouterai toute la peine. A coup sûr, c'est à lui que nous devons d'être aujourd'hui une force avec laquelle il faudra bien compter.

Constitué depuis un an seulement, le syndicat compte 47 membres.

Le Secrétaire général, Dr DESBRIÈRES.

SOUSCRIPTION LAFITTE.

Sixième liste.

MM. les docteurs :

Juillard (Châtillon de Michaille)	5
Un membre du Concours n° 1588	5
Syndicat de Douai	50
Raimbert (Chateaudun)	20
Laumonier (Vernoil-le-Fourrier)	5
Lemaire (Tréport)	20
de Brinon (Moulins)	5
Chamoin (de Paris)	10
D. B.	5
de Welling (Rouen)	10
Tartarin (Bellegarde du Loiret)	10
Total de la 6e liste	145
Total des listes précédentes	5.730
Total général	5.875

Madame Veuve Lafitte mère, a reçu directement de M. le Dr Gentille, de Toste (Landes) 20 et de Mme Veuve Gentille, de Toste (Landes) 40

REPORTAGE MÉDICAL

Le Concours médical.

Le « Concours médical » est une association de médecins français à laquelle on doit la fondation de nombreuses Sociétés professionnelles. Elle a continué son rôle de créatrice dans son assemblée annuelle d'hier après-midi, au Grand-Hôtel, en apportant aux médecins qui, de tous les points de la France, s'étaient rendus à son appel, le projet, complètement établi, d'une « Association amicale des médecins français ».

Cette association amicale a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ceux de ses membres, qui sont placés par un accident ou par la maladie dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente. A l'aide des cotisations qui leur sont versées par ses membres, la Société alloue en cas d'incapacité de travail, une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant

60 jours. Au delà de ce terme, le sociétaire reçoit 100 fr. par mois.

Les membres du Concours médical ont discuté ensuite les diverses questions professionnelles qui se sont présentées au cours de l'année écoulée. La discussion a été conduite avec beaucoup de méthode par M. le docteur Cézilly, fondateur de la Société.

La première question étudiée a été celle de la déclaration des maladies contagieuses, qui ne laisse pas d'être très délicate pour les médecins. Le docteur Cézilly a fait connaître, que, à la suite d'une lettre de M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur, ces déclarations, adressées au maire ou au sous-préfet, ont la franchise postale, pourvu que l'enveloppe fermée porte la mention : « Service des maladies épidémiques ».

Le docteur Gibert, du Havre, a cité plusieurs cas de confrères, ayant la clientèle de grands hôtels, qui ont été obligés, par les directeurs de ces hôtels, de ne pas déclarer les maladies contagieuses des voyageurs, sous peine de se voir remplacer par un confrère plus complaisant.

Le docteur Gibert a émis le vœu que, dans la loi actuellement soumise au Parlement, il soit introduit une disposition obligeant les propriétaires d'hôtels, à faire eux-mêmes la déclaration.

Le docteur Jeanne, de Meulan, a fait une très intéressante communication sur une entente des médecins de 26 communes situées autour de Meulan, qui ont réussi à créer, dans l'hôpital de cette localité un service de désinfection très complet. Ce service fonctionne si parfaitement, que les habitants demandent eux-mêmes la désinfection chaque fois qu'ils se trouvent en présence d'un cas douteux, et il a été à ce point apprécié que les 26 communes se sont imposées pour rétribuer les médecins lorsque les mesures prophylactiques concernent les indigents.

Cette communication sera portée à la connaissance de tous les médecins de France et de l'administration de l'hygiène publique, comme exemple du résultat que peuvent obtenir l'initiative privée et la solidarité.

L'assemblée a émis le vœu que les pharmacies de deuxième classe soient supprimées ; que les textes de la loi qui réprime l'exercice illégal de la médecine soient revisés sévèrement, afin d'empêcher les pharmaciens de faire acte d'exercice médical ; enfin, que des mesures soient étudiées pour arriver à la suppression du commerce des spécialités pharmaceutiques, fait par de simples industriels.

Avant de se séparer, les médecins se sont occupés des mesures de réparation qui permettront de pourvoir, jusqu'à leur majorité, à l'éducation des cinq enfants du docteur Lafitte. Une souscription ouverte par le Concours médical a produit 6,000 fr. : des secours annuels seront demandés aux différentes associations médicales.

Les membres du Concours médical se sont retrouvés le soir dans un banquet amical au Grand-Hôtel, avec des collègues appartenant au Parlement qu'ils avaient invités : MM. Taulier, Laurens, Cornil, sénateurs ; Pédebidou, Cosmao-Dumenez, Bourrillon, députés. (*Journal des Débats.*)

— Nous enregistrons avec joie l'élection de M. le Dr Just-Lucas Championnière, à l'Académie de médecine (section de médecine opératoire).

— Notre confrère et ami le Dr Baudry, professeur à la Faculté de Lille, vient d'être, « en raison des soins donnés gratuitement, aux indigents belges, inscrits au bureau de bienfaisance de Lille », nommé chevalier de l'ordre du roi Léopold.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3952. — M. le docteur Jacob, de Guerchy (Yonne), présenté par M. le docteur Leriche, de Joigny (Yonne).

N° 3953. — M. le docteur Galletti, de Marseille, membre de l'Association des Bouches-du-Rhône et du Syndicat de Marseille.

NÉCROLOGIE

L'Assemblée générale du 18 s'est associée par un vote unanime, au deuil qui vient de frapper la famille de notre confrère et ami le Dr Gassot, dans la personne de son regretté père, le Dr Gassot, décédé le 16 novembre à Chevilly, dans sa 76e année. M. Gassot père a donné, pendant sa longue carrière, un exemple de toutes les vertus d'un de ces médecins de province dont la vie tout entière est consacrée à notre pénible et ingrate profession. Durant la guerre de 1870, ses amis, seuls, ont connu les actes par lesquels il a rendu au pays des services signalés. Nous nous associons tous à la douleur de notre confrère.

Nous avons encore à faire part du décès d'un membre du Concours, M. le docteur Reynaud, de Nîmes.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 48 1er Décembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

DU 18 NOVEMBRE 1894

Elle s'est ouverte par la Réunion générale des membres de l'*Association amicale.* Tous les adhérents avaient été convoqués, et à 2 heures, la séance est ouverte, sous la présidence de M. Cézilly. Prennent place au bureau : MM. Maurat vice-président ; Jeanne, secrétaire général ; Archambaud, secrétaire des séances ; de Fourmestreaux et Hervouët, contrôleurs.

M. Cézilly s'exprime ainsi :

Chers confrères : Vous avez répondu à l'appel qui vous a été adressé, en vue de confirmer aujourd'hui et de rendre définitifs les statuts provisoires que vous aviez votés, après examen, en 1893. Une année d'expérience nous a suggéré des améliorations que nous allons soumettre à vos délibérations. Les modifications que vous apporterez à votre œuvre, inspirées par les adhérents, ou par les médecins qui attendent, pour y adhérer, ces changements ne pourront que faciliter le recrutement de notre Société. Elle a déjà conquis, à l'heure actuelle, 166 membres ; un grand nombre sont en instance et nous hâterons, de tout notre pouvoir, par la propagande incessante dont le *Concours Médical* est coutumier, l'heure où, au nombre de trois cents, nous pourrons inaugurer les doubles cotisations, correspondant à une indemnité journalière de 20 fr. par jour de chômage et en cas de chronicité, à une allocation annuelle de deux mille quatre cents francs. Nous comptons sur votre propagande personnelle ; en vous y livrant, vous serez assurés de rendre service à tous les médecins que vous amènerez à votre Société.

Je donne la parole à M. le Secrétaire général.

M. le Dr Jeanne donne lecture du rapport suivant :

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, M. LE Dr JEANNE.

Chers Confrères,

L'année dernière, à cette époque, les membres du « *Concours* » réunis en assemblée générale, adoptaient la formule d'application du principe d'une caisse indemnité-maladie, telle qu'elle leur était proposée par le comité de Direction. Ils votaient les statuts de l'Association amicale et nommaient un Conseil provisoire, chargé d'organiser cette œuvre de mutualité.

Le 8 décembre 1893, c'est-à-dire dès la première séance, les membres de ce Conseil se partageaient les attributions. Puis, soucieux de s'assurer le concours des médecins qui avaient déjà le plus travaillé à préparer la création de notre Société, ils leur demandaient d'accepter, provisoirement, le rôle de *délégués départementaux,* avec la mission d'organiser et d'assurer la propagande régionale, par les Syndicats, par les Sociétés locales, par la presse, et enfin par le choix, sous le nom de *correspondants*, d'auxiliaires aussi nombreux qu'ils le croiraient nécessaire. En même temps, le Conseil réglait le *modus faciendi* en matière de formalités d'admission, de constitution des dossiers, de recouvrement des primes, de versement des indemnités.

La réunion suivante, qui avait été fixée au 27 décembre, fut consacrée à l'admission des premiers adhérents, à la date du 1er janvier 1894. L'Association amicale était constituée.

Vous ne serez pas étonnés de ce prompt résultat, chers confrères, car vous connaissez l'activité, l'initiative et l'expérience du *Comité directeur du Concours*, qui avait tout préparé. Mais vous n'en tiendrez pas moins, j'en suis certain, à le remercier ici avec moi d'avoir été au devant de nos légitimes impatiences. (*Applaudissements.*)

Faut-il maintenant nous souvenir que dès ses premiers actes, l'*Association amicale* se trouva en butte à une critique, aussi imprévue que mal fondée, formulée par un des principaux organes de la presse médicale ? Nous pouvons rappeler, sans aigreur, ce petit incident. Nous saisissons ainsi l'occasion de remercier notre Président d'avoir, à cette critique, magistralement et victorieusement répondu, et de rendre grâces à notre adversaire d'un jour, de nous avoir peut-être procuré involontairement une fructueuse réclame.

Nous étions en effet 30 sociétaires au 1er janvier et la réunion du 1er avril porta notre chiffre à 90.

Ce jour-là même (1er avril) l'*Association générale des médecins de France* tenait ses grandes assises. Et dans cette enceinte où les promoteurs de l'idée *indemnité-maladie de droit* avaient dépensé tant d'éloquence convaincue, sans trouver d'écho, il nous était donné d'entendre la voix autorisée de M. le Dr Lereboullet, secrétaire général, applaudir à la création de notre Société et en approuver les bases sans restriction !

Depuis six mois, chers confrères, l'Association amicale n'a plus rencontré d'épines sur son chemin.

Le nombre de ses membres admis était de 166, au 1er octobre : de plus, nous avons 51 adhésions qui deviendront sans doute des admissions avant le 1er janvier prochain.

Deux sociétaires se sont trouvés dans la fâcheuse situation d'avoir droit à l'indemnité. Celle-ci leur a été versée aussitôt. Nous sommes heureux de féliciter nos deux confrères de leur prompt retour à la santé.

Dans sa séance de juin, le Conseil d'administration, cédant aux instances réitérées d'un grand nombre de médecins, décida la mise en pratique d'une nouvelle combinaison qui permet la participation à l'œuvre, non plus jusqu'à 65 ans seulement, mais pendant la vie entière. Comme vous le pensez bien, chers confrères, nous n'avons pris cette détermination qu'après avoir fait procéder par l'actuaire, M. Marie, à des calculs analogues à ceux qui servent de base à notre combinaison initiale, et avec le souci de réclamer, au plus tôt, votre approbation. M. Maurat a bien voulu se charger de vous exposer l'économie de ce deuxième système. Nul ne saurait le faire avec plus de compétence que lui.

Une année d'expérience nous a conduits, aussi, à rencontrer dans nos statuts quelques points à éclaircir. Nous vous prions d'accepter les petites modifications de détails que M. Maurat vous proposera à ce sujet.

Ce compte rendu, fait à dessein, très succinctement, afin de laisser place à la discussion, serait terminé, si je n'avais à dire quelques mots touchant le développement de l'*Association amicale*.

En d'autres pays, une œuvre aussi accessible à tous eût, en quelques mois, compté des milliers d'adhérents. Il eût suffi de faire connaître les statuts, comme l'a fait le *Concours médical* pour voir les cadres se remplir dans le plus bref délai.

Mais nous sommes en France, c'est-à-dire dans un milieu quelque peu réfractaire aux idées d'association et d'assurance. Le corps médical lui-même n'échappe pas assez, chez nous, aux influences routinières qui l'entourent : il les connaît, il les blâme, mais en définitive il finit par y obéir trop souvent.

Donc, si bien comprise que soit notre œuvre, si facilement qu'elle puisse s'accommoder des exigences du budget de chaque médecin, si précieuse qu'elle soit pour tous ceux qui veulent être prévoyants, elle ne prendra un grand essor, croyez-le bien, que par une propagande incessante.

Je n'en veux pour preuves que les renseignements fournis par nos premiers résultats. Dix départements nous ont déjà donné, à eux seuls, 76 sociétaires, c'est-à-dire près de la moitié de notre effectif total.

Pourquoi ? parce qu'ils ont été chaudement évangélisés par d'infatigables apôtres.

Nos 90 autres membres proviennent de 47 départements, c'est-à-dire deux en moyenne par chaque département de cette seconde série, au lieu de 8 dans la première. Cette énorme différence vient à coup sûr de ce que la propagande locale a été, dans ceux-ci, peu active. Ni les Syndicats, ni les Sociétés locales n'ont en effet mis la question à leur ordre du jour. Nos délégués ont compté sur l'initiative individuelle ; ils ne s'imaginaient pas qu'il fallût la solliciter, ils voient bien aujourd'hui qu'ils se sont trompés.

Et, comme l'*Association amicale* a l'ambition de rendre d'*immenses* services, en s'adressant à une *multitude* de sociétaires, vous voyez, chers confrères, qu'il est urgent de recourir, en sa faveur, à une véritable croisade. Votre Conseil d'administration ne peut, de ce côté, que donner l'impulsion : c'est à chacun de vous qu'il appartient de provoquer directement les enrôlements définitifs dans nos cadres.

Le Conseil se propose, d'ailleurs, de vous armer, à bref délai, pour cette lutte contre l'indifférence. A chacun de vous, il adressera des brochures contenant tout ce qui a été écrit sur l'œuvre, ses statuts, son mode de fonctionnement, etc., etc.

Vous tiendrez, j'en suis sûr, à ce que cette nouvelle et importante dépense nous amène beaucoup d'adhésions.

Votre secrétaire général, chers confrères, ne saurait se résigner à clore ce compte rendu, sans remercier de façon particulière quelques-uns d'entre vous, qui lui ont si singulièrement facilité la tâche dans leurs départements. MM. Rigabert, de Surgères ; Lebrun, de Bar-sur-Aube ; Mignen, de Montaigu ; Delvaille, de Bayonne ; Vico, d'Étrépagny ; Bidon, de Sablé ; Treille, de Lavaveix-les-Mines ; Guyader, de Brest ; Cenas, de Saint-Etienne ; Chipault, d'Orléans ; Armand, d'Albertville ; Rouyer, de Laigle ; Luneau, de Nantes, ont particulièrement mérité d'être cités à l'ordre du jour de cette séance. Je vous propose de leur témoigner ici publiquement notre reconnaissance pour le zèle qu'ils ont déployé autant que pour les résultats qu'ils ont obtenus. (*Applaudissements.*)

Messieurs, ajoute M. Cézilly, vous savez le malheur qui vient de frapper notre ami, le Dr Gassot, qui a bien voulu assumer les pénibles fonctions de trésorier. Je prie M. de Fourmestreaux de vouloir bien le remplacer.

M. de Fourmestreaux donne lecture du rapport suivant de M. Gassot :

RAPPORT DE M. LE Dr GASSOT, TRÉSORIER

Messieurs et chers Confrères,

Le rapport financier, sur une première année d'exercice, n'a pas grande signification ; il se résume, pour ainsi dire, dans le bilan, et ne peut guère donner une idée du fonctionnement futur de notre œuvre.

Nous trouvons, en effet, des dépenses de première installation et d'études qui n'auront pas à se reproduire ; par contre, l'indemnité aux associés malades ne peut être bien considérable, puisque le droit à cette indemnité ne s'ouvre qu'après six mois de participation.

Quoi qu'il en soit, voici comment nos comptes ont été arrêtés au 31 octobre 1894.

Recettes :

Cotisations	8.976 90
Intérêts des valeurs	13 45
Recouvrements	2 99
Dons	732 85
Total	9.726 19

DÉPENSES :

Matériel	183 60	398 60
Frais d'étude	215 »»	
Imprimés	314 95	710 10
Poste et transports divers	227 70	
Recouvrements	1 25	
Timbres quittance	24 80	
Indemnité aux membres du Conseil	141 40	
Indemnités aux associés malades		290 »»
Achats de valeurs et placements		8.321 75
Total		9.720 45
Espèces en caisse		5 74
Total égal		9.726 19

Certaines dépenses pourront paraître un peu élevées, mais vous voudrez bien remarquer qu'elles sont dues, surtout, à la nécessité où s'est trouvé le Conseil d'administration de tout organiser. Vous remarquerez aussi qu'elles sont largement compensées par le chiffre des dons.

Au nombre des donateurs nous signalerons en premier lieu la *Société civile du Concours médical* sous le patronage de laquelle est née notre association et qui, après avoir dépensé, en 1893, près de 900 francs pour les études préliminaires, a versé cette année à notre caisse une somme de 200 francs ; nous signalerons encore le Dr Cézilly, qui a versé 500 francs, sans parler de l'impression des statuts, des tirages exceptionnels pour la propagande et de la publicité qu'il nous ouvre si largement dans le *Concours médical*. La générosité inépuisable de notre confrère vous est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'insister. (*Applaudissements.*)

Certaines autres dépenses, il faut en convenir, pourraient être sensiblement diminuées, par exemple les frais de poste. Mais il faudrait pour cela, Messieurs, que vous voulussiez bien vous y prêter un peu : c'est en effet par suite de la négligence de quelques-uns d'entre vous, que les rappels deviennent nécessaires. Si ceux qui oublient réfléchissaient que leurs retards, outre l'augmentation des dépenses, occasionnent un surcroît de travail énorme pour votre secrétaire général et parfois aussi pour votre trésorier, je suis convaincu qu'ils se montreraient plus zélés et plus exacts. (*Adhésion.*)

Et puisque je suis en train de vous faire une petite mercuriale qui, s'adressant à tous, ne touche en réalité que quelques-uns, permettez-moi de rappeler ce que je disais un jour dans le *Concours médical*.

La régularité du versement des cotisations est une mesure qui s'impose.— Pourquoi certains attendent-ils pour faire ce versement les extrêmes limites ? Pourquoi certains autres envoient-ils leurs cotisations au Président ou au Secrétaire général, alors qu'ils savent que le trésorier, seul, peut leur délivrer régulièrement quittance ? Pourquoi d'autres enfin n'envoient-ils pas le chiffre exact de la cotisation ?

Oubli, distraction sans doute ; mais vous comprendrez que toutes ces irrégularités compliquent singulièrement les choses. (*Assentiment.*)

Si notre excellent Secrétaire général avait abordé ce chapitre des négligences, il vous aurait certainement demandé pourquoi quelques-uns, après lui avoir envoyé leur adhésion, attendent si longtemps pour lui adresser les pièces nécessaires à leur admission, au risque de laisser passer la séance du Conseil d'administration.

Veuillez donc, chers confrères, faciliter un peu notre tâche en vous montrant plus exacts et en prêchant l'exactitude aux recrues que vous ne manquerez pas de faire à notre Association. Ce sera, soyez-en convaincus, l'intérêt de tous.

Je terminerai en vous donnant le tableau de notre actif.

1° Livret à la Caisse nationale d'épargne	2.000 »»
2° Deux obligations nouvelles 3 % Chemin de fer de l'Est (1)	906 80
3° Douze obligations anciennes 3 % Chemin de fer du Midi (2)	5 414 95
4° Espèces en caisse	5 74
Total	8.327 49

Le Conseil d'administration provisoire n'a pas voulu vous présenter ces comptes sans les avoir préalablement soumis à l'examen de deux contrôleurs qu'il a désignés, à titre provisoire, également.

MM. les Drs de Fourmestreaux, de Versailles, et Hervouët, de Paris, qui ont bien voulu accepter ce mandat, ont procédé à un examen minutieux de la comptabilité et vont, dans un rapport spécial, vous exposer les résultats de cet examen.

M. Cézilly réclame les observations sur ce rapport. M. le Dr Plateau (de Paris) demande ce que représentent les 141 fr. stipulés : indemnités aux membres du Conseil. M. le Dr Maurat, vice-président, explique que les fonctions des membres du Conseil sont gratuites, mais que les statuts déterminent le paiement des frais de déplacement des membres. MM. Gassot et Jeanne ont seuls été dans le cas d'être indemnisés, de ce chef, et leurs frais de chemin de fer se sont élevés, en 1893 à cette somme. M. Plateau se déclare amplement édifié.

M. Mangenot (Paris) demande que les recouvrements de cotisations se fassent aux frais de l'œuvre. M. Maurat objecte qu'il faut, à l'œuvre, la prime intégrale et sans aucuns frais accessoires à son détriment. M. de Fourmestreaux admet les recouvrements, par la poste, aux frais des membres qui en exprimeront le désir, ou qui ne se seront pas mis en mesure en temps utile : et c'est ce qui se pratique.

Le rapport financier est mis aux voix, après le rapport verbal des contrôleurs, MM. de Fourmestreaux et Hervouët, qui se sont livrés à un examen scrupuleux de la comptabilité.

Il est adopté, à l'unanimité, avec remerciements votés au trésorier.

L'Assemblée procède alors à l'examen des statuts, article par article, et les adopte successivement. Au préalable, M. le Dr Maurat, vice-président de l'œuvre, lit son rapport spécial :

(1) Numéros des obligations Est nouvelles : 1.207.212 et 1.621.675.
(2) Numéros des obligations Midi anciennes : 218.338. — 1.245.630 à 1.245.633. — 2.651.125 à 2.651.127. — 2.668.099. — 2.711.428. — 2.850.265 à 2.850.266.

Messieurs,

La dernière œuvre du Concours médical était à peine créée et l'*Association amicale en cas de maladie* entrait à peine en fonctionnement, que de nombreuses réclamations de nos confrères venaient prouver, à votre Conseil d'Administration provisoire, que l'œuvre n'était pas complète et demandait un perfectionnement.

En effet, beaucoup parmi eux, en devenant cependant des nôtres, manifestaient le regret que notre Association abandonnât ses membres à 65 ans, c'est-à-dire, à une époque de la vie où ils ont souvent le plus besoin d'aide. D'autres, presque aussi nombreux, suspendaient leur adhésion, demandant que le droit à l'indemnité suivît le sociétaire pendant toute sa vie.

Nous comprenions tous parfaitement ces désirs qui étaient ceux du reste manifestés par les créateurs de l'œuvre. Nous ne pouvions oublier que, lors de notre dernière assemblée générale du Concours médical, ils nous avaient donné mission d'étudier cette question difficile et avaient mieux fait encore en nous en fournissant les moyens pécuniaires. Mais nous craignions que la prime à réclamer fût trop forte — nous redoutions d'imposer à notre Société naissante des charges excessives en raison du nombre plus élevé de journées de maladie dans les dernières années de la vie.— Nous éprouvions enfin une certaine difficulté à définir (pour un vieillard n'exerçant quelque fois plus la médecine) ce qu'il fallait entendre par incapacité de travail.

Dans notre embarras, nous avons naturellement eu recours à M. Léon Marie, l'actuaire distingué qui avait déjà bien voulu faire les calculs préparatoires de notre association, et dont la compétence absolue nous inspirait toute confiance.

Il nous affirma que la chose était possible et voulut bien consentir à faire de nouveaux calculs édifiés sur les mêmes bases que les précédents, afin que les deux combinaisons puissent coïncider et ne se nuire en rien, l'une à l'autre.

Les résultats de ces calculs qui ont été condensés dans le tableau B et publiés au *Concours médical* dans son n° 27 du 7 juillet 1894 vous sont connus et sont venus vous donner satisfaction. La prime à réclamer (en raison du petit nombre d'élus qui arrivent à un âge avancé) n'est véritablement pas excessive, les calculs établis à l'aide des mêmes tables et par le même actuaire empêchent que l'une des combinaisons souffre de sa voisine, et d'autre part, quelques modifications statutaires, qui vous seront proposées, rendent possible cette seconde combinaison.

C'est alors qu'une importante question s'est posée : fallait-il attendre une année pour mettre en œuvre cette modification bien étudiée? fallait-il retarder d'autant les progrès de notre Association et peut-être les compromettre sérieusement ? Ne valait-il pas mieux, au contraire, profiter du mouvement de bonne volonté qui se produisait en faveur de notre œuvre et donner une impulsion nouvelle à sa propagande ?

Votre Conseil de Direction provisoire a été, à l'unanimité, de ce dernier avis et, sous la réserve de votre approbation définitive, a immédiatement établi le fonctionnement de cette seconde combinaison concurremment avec la première.

Les résultats obtenus depuis cette décision prouvent d'une façon surabondante, qu'en agissant ainsi nous avons été au-devant des désirs d'un très grand nombre de nos confrères et nous espérons obtenir votre approbation. Nous allons donc, si vous le voulez bien, passer en revue les différents articles de nos statuts et au cours de cet examen nous vous proposerons les modifications que comporte l'établissement du droit à l'indemnité pour la vie entière.

Le rapport du vice-président est accueilli avec grande faveur et l'Assemblée procède à une discussion scrupuleuse de divers points, à laquelle prennent part MM. Plateau, Archambaud, de Fourmestreaux, de Grissac, Lepage, Groussin, Delefosse, Pannetier, Hervouet, Jeanne et Maurat.

Cette discussion porte principalement sur le *siège social*, la *déchéance* encourue, après 6 mois de non paiement de la prime ; sur la nécessité de la *Caisse auxiliaire* et sur celle de l'*examen médical* nouveau, pour passer de la combinaison A à la combinaison B ; sur la situation d'un médecin, malade à l'étranger, qui aussitôt revenu en France, retrouve l'indemnité ; sur la nécessité de verser, à la Caisse auxiliaire et non à la Caisse générale, les dons et sommes d'autres provenances ; sur l'admission en Assemblée générale, nécessaire à la Société *Lagoguey*, qui paraît n'être qu'une formalité avantageusement remplacée par les décisions du Conseil d'Administration ; sur la nécessité d'établir une règle pour les décisions du Conseil d'Administration, au sujet des médecins qui, appartenant à l'œuvre, n'exercent plus la médecine et enfin sur les placements des finances de la Société.

Enfin la discussion se termine par l'adoption des statuts définitifs.

Statuts de l'Association amicale des Médecins Français pour l'Indemnité en cas de maladie.

I. — *Association, son but, son siège.*

ARTICLE PREMIER. — Sur l'initiative et sous le patronage de la Société du Concours médical, qui a fait les premiers frais d'études, il est établi une Société, dite *Association amicale des Médecins français*, à laquelle pourront seuls accéder les médecins Français diplômés dans une faculté française.

ART. 2. — Elle a pour but d'allouer une *indemnité pécuniaire* aux membres qui la composent, placés, par un *accident ou par la maladie*, dans l'impossibilité d'exercer leur profession, soit temporairement, soit d'une façon permanente.

ART. 3. — La durée de la Société est illimitée ainsi que le nombre de ses membres.

ART. 4. — Le siège de la Société est à Paris, 23, rue de Dunkerque.

ART. 5. — La Société s'interdit formellement toute discussion politique ou religieuse, ainsi que tous actes étrangers à son but.

II. — *Sociétaires. Leurs obligations.*

ART. 6. — Les sociétaires prennent l'engagement de se conformer aux présents statuts et d'en assurer, au besoin, l'exécution.

ART. 7. — Les sociétaires doivent, en entrant dans l'Association, signer une *déclaration d'âge* : ils subissent un examen médical.

ART. 8. — La limite d'entrée dans la Société est fixée à 64 ans.

Le montant de la cotisation annuelle varie avec l'âge d'entrée et avec la combinaison choisie.

Art. 9. — Tout sociétaire est libre de se retirer, sur simple déclaration, adressée, par lettre recommandée, au président du Conseil d'administration.

Art. 10. — Les sociétaires qui sont en retard d'une année pour le paiement de la cotisation et qui, mis en demeure par une lettre recommandée, ne se seront pas acquittés, cessent de droit de faire partie de la Société.

Ils ne peuvent y rentrer qu'après un nouvel examen médical et en payant la cotisation arriérée, augmentée de l'intérêt à 4 %.

Art. 11. — Tout retard de plus d'un mois et de moins d'un an, dans le payement de la cotisation, entraîne la suspension momentanée du droit à l'indemnité en cas de maladie : lequel droit ne sera acquis, de nouveau, qu'un mois après que le sociétaire se sera libéré.

Art. 12. — Tout sociétaire qui quitte la France, perd momentanément ses droits à l'indemnité, pendant son absence.

Le séjour en Algérie n'entraîne aucune suspension des droits du sociétaire.

Les sociétaires sont tenus d'informer le président de tout changement de résidence.

Art. 13. — Tout médecin tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires, renonce au droit à l'indemnité.

Art. 14. — Tout sociétaire convaincu d'avoir causé, volontairement, un préjudice grave à la Société (tentatives de fraude) peut en être exclu par décision du Conseil d'administration, sauf appel devant l'Assemblée générale.

Art. 15. — Les sociétaires, démissionnaires ou exclus, n'ont aucun droit au remboursement des sommes versées par eux.

Les sommes, constituant leur réserve, qui n'auront plus leur emploi normal, seront versées à une caisse auxiliaire, destinée à atténuer, dans la mesure du possible, les rigueurs du réglement.

III. — *Admissions. Cotisations.*

Art. 16. — Pour être admis dans la Société, tout candidat doit présenter : 1° un certificat d'examen médical, délivré par un médecin que lui désigne le Conseil d'administration ; 2° il doit présenter, ainsi qu'il est dit à l'art. 7, une déclaration d'âge signée par lui ; 3° il doit déclarer à laquelle des deux combinaisons A ou B (art. 19 et 20) il entend adhérer.

Le Conseil d'administration prononce sur son admission.

Art. 17. — Pour participer aux avantages de l'indemnité en cas de maladie, le sociétaire doit payer chaque année, en deux fois, par semestre (1er janvier et 1er juillet) et d'avance, entre les mains du trésorier, qui en délivre quittance, une prime INVARIABLE *fixée* par les tableaux *d'après son âge d'entrée* et d'après la combinaison choisie ci-après :

Art. 18. — Les membres admis au 1er avril et au 1er octobre versent immédiatement un quart de la cotisation, puis, à partir de juillet ou de janvier, ils rentrent dans la règle générale et versent, par moitié, aux époques régulières janvier-juillet.

Combinaison A.

Art. 19. — La combinaison A ne comprend que des médecins de 25 à 65 ans.

A ce dernier âge le sociétaire cesse de payer sa cotisation et n'a plus droit à l'indemnité en cas de maladie.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.		fr.
25 ans	54	45 ans	80
26 —	55	46 —	82
27 —	56	47 —	83
28 —	57	48 —	85
29 —	58	49 —	87
30 —	59	50 —	89
31 —	60	51 —	91
32 —	61	52 —	93
33 —	62	53 —	95
34 —	63	54 —	97
35 —	65	55 —	99
36 —	66	56 —	101
37 —	67	57 —	103
38 —	69	58 —	105
39 —	70	59 —	107
40 —	72	60 —	109
41 —	73	61 —	112
42 —	75	62 —	114
43 —	76	63 —	116
44 —	78	64 —	118

Combinaison B.

Art. 20. — La combinaison B comprend des médecins de tout âge, mais on n'y est également admis que de 25 à 64 ans (art. 8).

Le droit à l'indemnité dure pendant toute la vie du sociétaire.

AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.	AGE initial.	PRIME ANNUELLE payable semestriellement et d'avance.
	fr.	45 ans	fr.
25 ans	65	46 —	101
26 —	67	47 —	104
27 —	68	48 —	106
28 —	69	49 —	109
29 —	70	50 —	112
30 —	72	51 —	114
31 —	73	52 —	117
32 —	75	53 —	120
33 —	76	54 —	123
34 —	78	55 —	126
35 —	80	56 —	129
36 —	82	57 —	133
37 —	84	58 —	136
38 —	86	59 —	139
39 —	88	60 —	143
40 —	90	61 —	146
41 —	92	62 —	149
42 —	94	63 —	153
43 —	96	64 —	157
44 —	99	65 —	165

Art. 21. — Tout sociétaire peut passer de la combinaison A à la combinaison B, *avec l'assentiment du conseil d'administration*, en payant la cotisation corespondant à son âge d'entrée dans la combinaison B et après examen médical.

Art. 22. — Lorsque le nombre des sociétaires aura atteint le chiffre de 300, l'assemblée générale pourra autoriser le versement de cotisation double, pour s'assurer double indemnité.

Quel que soit le nombre des sociétaires, il est toujours possible de ne souscrire que 1/2 prime pour s'assurer 1/2 indemnité.

Art. 23. — Sauf les restrictions ci-dessus énoncées à l'art. 22, un sociétaire peut à toute époque s'assurer une indemnité plus forte, à la condition de payer *après nouvel examen médical*, en plus de la prime qu'il payait antérieurement, une seconde prime fixée d'après l'âge où il prendra cette décision.

Il a également le droit d'anticiper le payement de ses cotisations, mais il ne lui sera pas tenu compte de l'intérêt.

Art. 24. — Si, dans l'avenir, la Société arrivait à se créer des réserves importantes, l'assemblée générale pourrait, si elle le jugeait convenable, fixer un droit d'entrée pour les membres nouveaux. Ce droit d'entrée devrait être proportionné à l'âge.

Art. 25. — Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'à l'expiration du premier semestre de participation et après le second versement de cotisation.

Art. 26. — Les sommes versées à un titre quelconque restent définitivement acquises à la caisse.

Art. 27. — *La Caisse de la Société n'est engagée vis-à-vis de ses sociétaires, que jusqu'à concurrence de son avoir.*

Art. 28. — Tous les six ans au moins, il sera dressé un inventaire de la Société et, si cet inventaire montre que les réserves se sont abaissées à un chiffre insuffisant, l'Assemblée générale pourra augmenter le tarif des cotisations à verser, même par les membres admis.

Inversement, si cet inventaire montre que les réserves sont supérieures aux chiffres calculés nécessaires, l'Assemblée pourra diminuer le tarif des cotisations à verser.

IV. — *Incapacité de travail. Indemnité.*

Art. 29. — En cas d'incapacité de travail dûment constatée, la Société alloue, à ses membres, une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant 60 jours à partir du 5e jour qui suit la déclaration de la maladie. Le 5e jour est payé, mais il n'y a pas rappel des quatre premiers jours.

Au delà du 60e jour et quelle que soit la durée de la maladie, ou de l'incapacité de travail, le sociétaire reçoit 100 fr. par mois jusqu'à 65 ans, pour la combinaison A et pendant toute sa vie pour la combinaison B.

Art. 30. — L'incapacité de travail, donnant droit à l'indemnité, s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice de leur profession aux consultations. Pour ces derniers il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.

Pour le médecin qui n'exerce plus la médecine, l'incapacité de travail s'entend de l'obligation de garder la chambre ou le lit.

Art. 31. — Le sociétaire malade ne pourra toucher d'indemnité de maladie pour déplacement aux eaux, stations balnéaires ou hivernales, même utile au traitement, *à moins d'une décision spéciale du Conseil d'administration* et sous la condition expresse qu'il ne donnera pas de consultations.

Art. 32. — Une déclaration, certifiée exacte par le médecin traitant, doit être adressée au Conseil d'Administration ou au correspondant de la Société pour la région, dès le début de la maladie, afin que le contrôle puisse en être fait en temps opportun.

Même formalité doit être remplie, dans le délai de 3 jours, au moment de la guérison et de la reprise du travail, sous peine d'une amende de 2 fr. par jour de retard.

Ces amendes seront versées à la caisse auxiliaire.

V. — *Administration. Correspondants. Contrôle.*

Art. 33.— La Société est représentée, dans chaque département, par des délégués spéciaux et des correspondants désignés par le Conseil d'administration ; ou, à leur défaut, par les bureaux des syndicats ou associations médicales.

Art. 34. — Ces représentants de la Société ont pour mission :

1° de recevoir les demandes d'admission ;

2° d'assurer la visite médicale et la délivrance du certificat demandé pour l'admission ;

3° d'assurer le contrôle de la durée de l'incapacité de travail ;

4° d'adresser, au Conseil d'administration, tous les renseignements qui peuvent lui être nécessaires.

Art. 35. — Le Conseil d'administration de la Société a toujours le droit de déléguer un médecin particulier, pour procéder aux constatations qu'il juge nécessaires.

Art. 36. — La Société est administrée par un *Conseil d'administration* de cinq membres, savoir : un président, un vice-président, un secrétaire des séances, un secrétaire général et un trésorier.

Art. 37. — Les fonctions des membres du conseil d'administration sont gratuites.

Toutefois, les frais de voyage des membres du Bureau, pour assister aux séances du Conseil, sont à la charge de la Société.

Art. 38. — Les membres du Bureau sont élus par l'assemblée générale, au scrutin secret, et à la majorité absolue des votants, pour une durée de cinq ans.

Ils sont rééligibles.

Le vote par correspondance n'est pas admis.

Art. 39. — Le trésorier effectue les recettes, payements et placements de fonds, sous la surveillance du Conseil d'administration.

Les retraits de fonds déposés, ainsi que la vente des valeurs en portefeuille ne peuvent être effectués qu'avec le visa du président ou du vice-président de l'Association et d'un autre membre du Conseil.

Art. 40. — Deux membres élus, chaque année, en Assemblée générale, sont chargés du contrôle des opérations de la Société. Ils adressent à l'Assemblée générale suivante leur rapport sur la gestion du Conseil d'administration.

Ces contrôleurs peuvent, à toute époque de l'année, se faire présenter les procès-verbaux des réunions du Conseil, les inventaires ainsi que les registres de la comptabilité.

Art. 41. — Les fonds de la Société sont déposés dans une Caisse publique. Le trésorier ne peut conserver en caisse que la somme nécessaire aux menues dépenses courantes.

Il ne pourra être fait emploi des sommes disponibles qu'en valeurs de tout repos, telles que Rente Française, obligations des villes et départements français, des chemins de fer garanties par l'Etat, du Crédit foncier, placements en 1re hypothèque sur immeubles de rapport à Paris. Ces placements sont décidés par le Conseil d'administration.

Art. 42. — Les admissions partent du 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre de chaque année.

Elles sont prononcées par le Conseil d'administration, qui se réunit au moins quatre fois par an, en décembre, en mars, en juin et en septembre.

VI. — *Assemblée générale.*

Art. 43. — Chaque année, une assemblée générale des sociétaires, dont la date est fixée par le Conseil d'administration, est convoquée par les soins du secrétaire général, pour recevoir et approuver les comptes de gestion de l'année.

Art. 44. — Les convocations individuelles doivent être adressées, sous enveloppe fermée, au moins 15 jours avant la date choisie pour la réunion.

Ces convocations doivent contenir l'ordre du jour de la séance.

Des convocations sont également adressées aux délégués spéciaux et correspondants de l'association, mais sous enveloppe ouverte.

Art. 45. — L'assemblée générale statue souverainement sur toutes les questions. Elle délibère valablement, quel que soit le nombre des membres qui la composent.

Nul n'a le droit de s'y faire représenter.

Art. 46. — Le compte rendu des séances de l'assemblée générale annuelle est dressé par les soins du Conseil et publié dans le journal le *Concours médical.*

Un exemplaire est envoyé à chacun des membres de l'Association et aux principaux journaux de médecine.

Art. 47. — Des règlements intérieurs, délibérés en assemblée générale, détermineront, selon les circonstances, la mise en pratique de ces divers articles.

Art. 48. — Il est créé une caisse dite auxiliaire alimentée :

1° par les dons spéciaux ou abandons d'indemnités dues.

2° par les produits prévus aux art. 15 et 32.

3° par les sommes généralement quelconques n'ayant pas d'affectation spéciale.

Elle a pour but de venir en aide aux sociétaires momentanément gênés pour le payement de leurs cotisations.

Des règlements intérieurs en fixeront le fonctionnement.

VII. — *Dissolution.*

Art. 49. — La dissolution de la Société ne peut être prononcée que par une Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet et à la majorité des trois quarts des membres présents.

Les statuts votés, M. le Dr Plateau propose à l'Assemblée de voter des remerciements au Conseil d'Administration provisoire, avant de procéder à l'élection. (*Applaudissements.*)

Sur la proposition de M. le Dr Lepage l'Assemblée, à l'unanimité, vote des remerciements particuliers à MM. Gassot et Jeanne, qui sont les chevilles ouvrières de l'Association amicale.

On procède au scrutin par bulletins et, à l'unanimité des votants, sauf deux voix, le Conseil d'administration est réélu en entier.

Président : M. le Dr Cézilly.
Vice-président : M. le Dr Maurat.
Trésorier : M. le Dr Gassot.
Secrétaire général : M. le Dr Jeanne.
Secrétaire des séances : M. le Dr Archambaud.
Contrôleurs : MM. les Drs de Fourmestreaux et Hervouet.

La séance est levée à 4 heures.

Un *buffet* a été préparé pour les membres de l'*Association amicale* qui ont pris part à la séance et pour les *membres du Concours*, qui fraternisent, avec eux, avant l'Assemblée générale.

---

*

Séance de la Société du " CONCOURS MÉDICAL "

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. le Dr *Cézilly*. Prennent place au bureau les *membres du Conseil de direction*, MM. les Drs Gibert, du Havre, *Maurat*, de Chantilly, et M. *Lordereau*, avocat, *Conseil judiciaire de la Société*. M. le Dr Gassot est retenu par la mort de son regretté père. L'Assemblée décide, qu'en son nom, le Directeur témoignera à notre confrère la part qu'elle prend au deuil qui le frappe.

Sont nommés assesseurs : MM. les docteurs Godin (de Tonnay-Charente) et Jardin (d'Auray).

Le bureau se constitue en nommant secrétaire de la séance M. le Dr Maurat et secrétaires-adjoints, MM. les Drs Huguenin et Hervouet.

M. Cézilly expose que les formalités statutaires ont été remplies ; que la convocation de l'Assemblée générale a été faite en temps opportun, ainsi que la publication des rapports et de l'ordre du jour.

Le secrétaire énonce les lettres d'excuses des membres du Concours et des invités qui n'ont pu assister à la séance.

Il mentionne spécialement les lettres d'excuses de MM. *Viger*, ministre de l'Agriculture ; *Lourties*, ministre du commerce, empêchés d'assister aux réunions par le deuil russe ; de M. le sénateur Trarieux, qui avait promis son concours et qui, empêché au dernier moment, affirme la continuation de ses bons offices pour l'*Association amicale*, dont il s'est occupé, en vue de l'*autorisation* ; de MM. les députés Guéneau, Signard, Isambard, Amodru, Legludic, et celles de MM. Lande, Lécuyer, Mignen, qui devaient faire des communications à la réunion.

M. Cézilly déclare la séance ouverte et il s'exprime en ces termes :

Messieurs : En ouvrant, cette année, notre quinzième assemblée générale, je crois, d'abord, devoir vous faire part de la présence, à notre banquet, ce soir, des membres du parlement, sénateurs et députés, qui ont bien voulu accepter l'invitation que leur a adressée, en votre nom, le *Conseil de direction*. Seront des nôtres : MM. *Cornil*, *Laurens*, *Taulier*, sénateurs et MM. *Pedebidou*, *Cosmao-Dumenez*, *Bourillon*, députés. Nous nous efforcerons de les recevoir de notre mieux. Les membres du Concours législateurs empêchés, nous ont exprimé le regret de ne pouvoir se joindre à nous et nous ont affirmé qu'ils étaient à notre disposition, pour nous aider à faire triompher nos légitimes réclamations. (*Applaudissements.*)

Je vous disais l'année dernière, au début de notre Assemblée, que la *loi Chevandier*, dont le vote et la rédaction ont été dus, en grande partie, aux efforts persévérants du *Concours médical*, serait interprétée par la magistrature et que, peut-être, trouverait-on moyen d'éluder, en partie, la portée des articles qui visent l'exercice illégal, si funeste à la santé publique, et que lorsqu'une décision contraire à l'esprit de la loi viendrait à se produire, les ressources de notre société, son initiative, devraient être consacrées à l'appel de ces décisions, devant une juridiction plus élevée, de façon à redresser les interprétations erronées.

Ce cas, que je prévoyais, n'a pas tardé à se produire. La loi Chevandier a laissé les pratiques du *magnétisme* au domaine scientifique et on a vu, récemment, des magnétiseurs qui, sous le couvert de ce titre, pratiquent un exercice illégal habituel rétribué, acquittés à la suite des poursuites qu'on avait exercées contre eux. Ces décisions seraient préjudiciables, si elles n'étaient réformées, aux intérêts de nos malades et à celui des médecins.

Nous vous proposerons en conséquence de nous autoriser à nous joindre aux *membres du Concours* ou aux *Sociétés médicales* qui, en présence d'un cas d'exercice par passes magnétiques, introduiraient une action en première instance et se porteraient partie civile. Ce sont là les deux conditions nécessaires pour le succès de l'action. (*Assentiment général.*)

La même loi Chevandier nous a imposé une obligation : la *déclaration des maladies contagieuses*.

Bien des commentaires de cette obligation ont été faits, dans la presse médicale, pour et contre. Tous les médecins sont à peu près d'accord, pour accepter la déclaration ; ils en reconnaissent l'utilité : ils savent que c'est au grand honneur de la profession, qu'elle s'efforce de restreindre autant qu'elle le peut, par humanité, par devoir, le maigre et malsain champ qui lui fournit ses moyens d'existence.

Mais le médecin se heurte à un de ses plus sacrés devoirs, le secret absolu qu'il doit à qui le lui réclame, en tout ce qui touche la maladie et ses mystères. Le législateur a beau déclarer qu'il nous en relève, dans certains cas : il n'en est pas moins vrai que des occurrences pourront se produire, ou nous ne devrons relever que de notre conscience.

Cette réserve faite, je me hâte d'ajouter qu'à peu près toujours nous devrons déclarer les maladies contagieuses. Mais alors, nous n'avons plus affaire à la loi, nous nous trouvons en présence de règlements administratifs, relatifs à l'exécution, et pour lesquels nous devons obtenir les satisfactions que nous réclamerons.

La Direction de l'assistance et de l'hygiène publique est prête à nous donner ces satisfactions, si nous voulons les formuler. Nous avons déjà une première satisfaction. J'ai eu communication par M. Masbrenier, président de la société locale de Melun, Fontainebleau et Provins, de la réponse de M. Henri Monod qui nous donne satisfaction sur un point.

Monsieur le Préfet,

Vous m'avez transmis un vœu émis par l'Association des médecins des arrondissements de Melun, Fontainebleau et Provins, tendant à obtenir que les avis de déclaration obligatoire des maladies contagieuses puissent être envoyés sous forme de lettres fermées.

J'ai l'honneur de vous informer qu'aux termes d'un décret, rendu le 23 juin dernier, sur la proposition de mon collègue, M. le Ministre du commerce, des postes et des télégraphes, les Préfets, les sous-Préfets et les Maires sont autorisés à recevoir en franchise, sans condition de contre-seing, les avis qui leur seront adressés en cas de constatation de maladies épidémiques, de localités situées dans le département du lieu de destination ou dans les départements limitrophes.

Ces avis seront établis sur des feuilles en partie imprimées ; ils devront être expédiés, soit sous forme de cartes-lettres, soit sous enveloppes fermées ; et ces cartes ou enveloppes devront porter, d'une manière très apparente, sur leur inscription, les mentions imprimées : « Service des maladies épidémiques. Loi du 30 novembre 1892 ».

Mon administration fait confectionner des enveloppes portant les mentions ci-dessus indiquées, pour être remises aux praticiens qui en feraient la demande.

Je vous serai obligé de me faire connaître le nombre d'enveloppes qui devrait être mis à votre disposition.

Recevez l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Pour le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Le conseiller d'État, directeur,

H. Monod.

En conséquence, nous devrons tous demander à nos préfectures respectives les enveloppes offertes. De cette façon le secret sera sauvegardé. (*Adhésion.*)

Mais la déclaration restera vaine, si elle n'a pour corollaire la désinfection.

A ce propos je donnerai la parole à M. le Dr Jeanne, qui a quelques vues intéressantes à vous exposer :

M. le Dr *Jeanne*.

Application des lois médicales en Seine-et-Oise.

Messieurs et chers Confrères,

Il y a quelques années, au moment où les Chambres parurent disposées à voter les nouvelles lois concernant l'exercice de la médecine, l'assistance publique dans les campagnes et la protection de la santé publique, il me vint à l'idée que toutes trois pouvaient être d'une application difficile, si le corps médical ne préparait le terrain d'avance.

Partisan convaincu des sages mesures de progrès social préparées par le Conseil d'hygiène de France, inquiet d'autre part de l'indifférence dont font souvent preuve, en ces matières, les assemblées départementales et communales, renseigné d'ailleurs sur l'insuffisance des divers budgets, à remplir le programme imposé, j'en arrivai, comme beaucoup d'autres, à craindre que notre nouvelle législation médicale et hygiénique n'existât qu'en théorie, le jour où le Parlement l'aurait votée.

Quel triste résultat nous eussions donc obtenu au prix de vingt ans de lutte contre l'indifférence ! Des lois sur le papier, inapplicables jusqu'au prochain âge d'or des budgets publics (et il paraît encore bien éloigné), condamnées d'avance à la désuétude, faute de sanction, objet de risée plutôt que de respect pour les ignorants, les indifférents ou les hostiles, voilà le but que l'on était menacé d'atteindre ! Piteux échec, partie irrévocablement perdue, pour tous ceux (et les médecins sont de ce nombre) qui ont à cœur la lutte contre la *dépopulation française*, qui se font un devoir sacré de combattre celle-ci, et qui gémissent en voyant notre cher pays rester, presque seul en Europe, désarmé contre ce terrible ennemi, plus à redouter désormais que nos plus puissants voisins ! (*Assentiment.*)

Reportant alors ma pensée sur les immenses services rendus par l'initiative médicale en divers points du territoire, j'arrivai à cette conviction qu'elle seule pouvait parer au danger prévu.

S'il s'agit de l'assistance médicale dans les campagnes, qui donc, en effet, connaît mieux que le médecin la mesure juste à employer pour le bien du malade indigent ?

Et si nous parlons de protéger la santé publique, qui pourra, mieux que nous, indiquer les moyens d'application à telle région, à telle catégorie d'habitants, de formules d'ailleurs excellentes, insérées dans une loi ?

Obsédé par cette préoccupation, chers confrères, je rêvai de faire en Seine-et-Oise une expérience complète de mon système d'application des nouvelles lois médicales, en utilisant tous les concours, toutes les circonstances favorables, qui pourraient se présenter, en quelques années, à un simple médecin de campagne comme moi.

Et je me mis à l'œuvre, résigné d'avance à des échecs, à des retards, à des contre-temps de toute sorte, car il en faut toujours prévoir, en ce genre de tentatives.

En 1887, le préfet de Seine-et-Oise adressait, aux médecins du département, une circulaire les invitant à formuler des propositions en vue de l'organisation du service médical des indigents. Quelques jours plus tard, sur l'initiative de notre excellent ami M. le Dr Fourmestreaux (de Versailles), les médecins de l'arrondissement réunis se constituaient en Syndicat, chargeaient leur Président et leur Secrétaire (j'occupais cette dernière fonction) de s'entendre avec les Syndicats des autres arrondissements pour proposer l'adoption du système landais, dit plus tard *Vosgien*, celui-là même dont la loi d'assistance votée cinq ou six ans après, a reproduit les grandes lignes. Notre mission fut facile, car dès les premiers pourparlers l'entente des médecins était complète.

Le Conseil général, à son tour, nous fit le meilleur accueil. Justement soucieux de concilier les nécessités budgétaires avec nos légitimes demandes, il vota la moitié des fonds nécessaires à l'organisation du service, et obtint des communes le vote de l'autre moitié.

Ainsi se trouvait appliquée, avant la lettre, la future loi d'assistance. L'esprit qui anime partout le corps médical (dont on a craint les grèves ! ! !) et qui nous animait en Seine-et-Oise, fut apprécié dès le premier jour par l'assemblée départementale et l'administration. Et l'accord n'a jamais cessé de régner entre les deux parties contractantes, et le service fonctionne depuis sept ans, à la complète satisfaction des malheureux, des médecins, du préfet et des maires.

Je m'en voudrais de ne pas rappeler ici, en passant, que nous ne saurions trop féliciter notre confrère Dr de Fourmestreaux, du tact, de l'initiative, du zèle qu'il montra dans ces négociations dont il fut l'âme. C'est à lui que nous devons surtout d'avoir si brillamment réussi sur ce point du programme à remplir. (*Applaudissements.*)

Une lacune cependant existait dans notre organisation d'assistance. Le traitement des malades indigents n'est parfois possible qu'à l'hôpital. Or, dans notre département, qui compte un nombre suffisant

d'hôpitaux, ceux-ci s'ouvraient difficilement, ou pas du tout, devant le malade nécessiteux. Des habitudes et des réglementations routinières, des questions d'argent, des rivalités personnelles, etc..., avaient suffi à créer cette situation déplorable : hôpitaux sans malades et bondés de lits vides, et d'autre part malades soignés à domicile dans les conditions les plus fâcheuses pour leur guérison.

Ce fut encore un confrère, M. le Dr Amodru, Conseiller général de Seine-et-Oise, et aujourd'hui député, qui entreprit de mettre fin à ce lamentable et choquant état de choses. Il y parvint en 1891, en faisant voter par le Conseil général un intéressant projet, qui fut accepté par les communes et se résumait en ceci :

1° Création de circonscriptions hospitalières, et droit pour chaque commune à l'hospitalisation de ses indigents, dans l'établissement auquel elle est rattachée ;

2° Admission du malade sur le vu du certificat du maire et de celui du médecin traitant ;

3° Frais d'hospitalisation à la charge du département, quand le malade n'a pas de domicile ; à la charge du département aussi (vis à vis de l'hôpital), mais avec recours sur les budgets communaux, d'une part qui varie, suivant la population de la commune, de 10 % à 90 %, quand il s'agit d'un indigent ayant son domicile connu.

Ces sages dispositions ont mis l'hospitalisation, quand elle est déclarée *indispensable* par le médecin, à la portée de toutes les caisses municipales, même les plus pauvres.

Et notre confrère Amodru ne sait pas lui-même l'étendue des services qu'il a rendus à l'assistance, dans le département, par son heureuse initiative dont nous apprécions, nous, praticiens, les excellents effets.

Il n'a surtout pas prévu sans doute les conséquences que nous en tirons, en vue de l'hygiène publique, conséquences dont nous parlerons tout à l'heure. Mais il n'ignore certainement pas que les médecins du département lui sont bien reconnaissants, et que municipalités et indigents ont aussi fait bon accueil à son ingénieuse et opportune réforme.

Ainsi, chers confrères, l'une de nos grandes lois médicales a été appliquée, en Seine-et-Oise, plusieurs années avant sa promulgation. Elle l'a été par l'initiative des médecins pour une partie, et pour l'autre par un accord si intime entre l'Administration et nous, que nous avons bien le droit de réclamer la plus grosse part de paternité, car ce sont nos idées, nos principes, nos vues qui ont prévalu dans la collaboration. Et je suis d'autant plus à l'aise pour faire cette constatation que le rôle joué par moi dans cette organisation a été bien secondaire, celui d'un simple secrétaire de Syndicat.

Si nous jetons maintenant les yeux sur ce qu'a été en Seine-et-Oise l'application de la loi touchant l'exercice de la médecine, nous avons aussi quelques remarques intéressantes à faire.

Cinq ans avant la promulgation de cette loi, chacun de nos arrondissements avait créé son Syndicat. (Hâtons-nous de dire cependant que l'arrondissement de Mantes faisait exception, et beaucoup d'entre nous l'ont regretté, quand s'est produite l'inoubliable erreur Lafitte.) Chacun de ces Syndicats s'est fait remarquer parmi les plus actifs. Ensemble ils ont pris part à toutes les améliorations concernant la médecine publique, service médical des indigents, surveillance des enfants en nourrice, rapports avec les Sociétés de secours mutuels, avec les compagnies d'assurances, etc... Deux d'entre eux ont fourni des Présidents à l'Union des Syndicats, et je puis affirmer que c'est l'un de ceux-ci, de Fourmestreaux, qui, de concert avec le Dr Cézilly, par d'infatigables assauts, a modifié l'opinion préconçue du Sénat et fait inscrire dans la loi l'existence légale de ces précieuses Sociétés dont l'action bienfaisante, moralisatrice, et pleine de sens pratique, sera un jour fort goûtée de ceux-là mêmes qui paraissaient le plus la redouter. (*Applaudissements*).

Nous avons fait, avec des textes démodés, insuffisants, en tirant tout de notre initiative ou de nos ressources personnelles, une guerre aussi acharnée que possible à ces exploiteurs de la santé publique qui reboutent, magnétisent, estropient, etc.... Et cette guerre nous l'avons faite, non pas dans notre intérêt personnel, car à cet égard nous savons trop ce qu'elle nous coûterait, mais par haine du préjugé qui tue, par dégoût pour les crimes qu'il commet.

Et c'est ainsi que, sans attendre la consécration officielle d'une loi qui ne pouvait manquer de venir, nous avons fait tout le bien qu'il était possible de faire le jour où elle viendrait nous armer, et tout le bien qu'elle ne ferait pas, si les médecins ne s'intéressaient très activement à son application.

Un point seulement restait d'une réalisation impossible. La loi sur l'exercice de la médecine créait, aux médecins, l'obligation de déclarer les maladies contagieuses. Mais dans quel but ? Afin sans doute que cette déclaration fût immédiatement suivie des mesures hygiéniques indispensables. Nous l'avons bien ainsi compris. Malheureusement tout manquait pour l'application de ces mesures : pas de fonds, pas de locaux d'isolement, pas de services de désinfection, pas d'arrêtés municipaux apportant l'appui d'une autorité locale à l'influence du médecin qui pouvait être insuffisante.

C'est à la création de cet outillage dans le canton de Meulan que je me suis appliqué depuis deux ans. Grâce au concours le plus intelligent et le plus actif de M. Bellangé, maire de Meulan, de M. Jozon, conseiller général, et d'une municipalité acquise aux idées de progrès, je suis parvenu à la solution du problème.

Voici par quelles étapes.

L'hôpital de Meulan venait d'être reconstruit et agrandi, mais, comme toujours, sous l'empire de préoccupations où l'hygiène et l'assistance tenaient fort peu de place. Malgré cela, m'inspirant des formules données par Napias, Rochard, Martin, etc..., j'indiquai dans un rapport détaillé à la Commission administrative, par quels moyens faciles et en somme peu dispendieux, la nouvelle bâtisse pouvait être transformée en un hôpital réalisant à peu de chose près les exigences de l'hygiène et de l'assistance publiques. Ce travail fut très discuté. Il se heurta à bien des routines, même à des oppositions systématiques d'origine médicale. Et cependant, au bout de quelques mois, bien employés par mes amis, les résistances tombaient. Je vous fais grâce, chers confrères, des péripéties traversées par mon projet. Qu'il me suffise de vous dire que notre hôpital, aujourd'hui composé de 80 lits, reçoit tous les malades que veulent lui adresser les médecins appelés à visiter les 26 communes dont se compose la circonscription. Les maladies contagieuses y sont traitées dans des conditions d'isolement suffisantes. C'est ainsi que l'année dernière nous y avons soigné 3 cas de typhus venant des asiles de nuit voisins, deux cas de variole qui eussent créé un foyer dans la commune d'Aubergenville, etc..., et cela sans qu'aucune contamination se soit produite dans l'établissement, ni dans le voisinage. Plusieurs femmes indigentes sont venues accoucher confortablement et en toute sécurité à notre maternité. — Le personnel se met peu à peu au courant des minuties antiseptiques et des précautions exigées. Le temps, la bonne volonté et quelques petites dépenses opportunes, nous créeront sous peu un type d'hôpital cantonal où tout le possible aura été réalisé. Il aura été obtenu avec un déboursé d'environ 6,000 fr. échelonnés en trois versements annuels.

La question de l'isolement une fois résolue, je me trouvai en présence de la nécessité de proposer la création d'un service de désinfection.

Le devis, établi sur les indications de la maison Geneste et Herscher, se composait de :

Achat et montage de l'étuve fixe	6.000
Pulvérisateur	250
Sacs, voiture, vêtements de désinfecteurs et substances antiseptiques	1.750
Total	8.000

Soit un total de 8,000 fr. environ pour frais d'installation.

Soucieux de n'effrayer personne, de n'imposer aucun sacrifice trop lourd, je proposai dans mon rapport au Conseil municipal de puiser cet argent aux sources suivantes :

Caisse municipale	2.000
Conseil général	3.000
Comité local de l'Association des Dames françaises	1.000
Subvention des communes, de 5 centimes par tête d'habitant	1.500
Budget de l'hôpital	500 plus le local.
Total	8.000

Et j'établissais ainsi le budget d'entretien probable.

DÉPENSES

Frais de location de cheval, pour la voiture des objets infectés	600
Payement des désinfecteurs	800
Dépenses de combustible	600
Total	2.000

RECETTES

1) Subvention annuelle des communes intéressées, de 5 centimes par tête d'habitant, donnant droit à la gratuité des désinfections chez les indigents et dans les bâtiments communaux	1.500
2) Désinfections payées	500
Total	2.000

Après plusieurs mois de démarches, de petites luttes, de tergiversations inévitables, et après tout bien excusables, l'accord se fit sur ces données.

Et aujourd'hui, après avoir été puissamment secondé par les municipalités, franchement ralliées à mes projets, j'ai la satisfaction profonde de voir fonctionner le service depuis trois mois, au milieu de l'approbation générale.

Les détails de la pratique se résument en ceci.

Chaque médecin du canton porte en un minuscule carnet des feuilles imprimées, du modèle ci-dessous :

Le docteur soussigné déclare qu'il est urgent et indispensable de désinfecter le logement et les effets de M ________________
____
demeurant à ________________
On pourra venir désinfecter à partir du ________

(*Signature*)

Nº ________
________ le ________ 189

M ________________ demeurant à ________ rue ________ demande à l'administration de l'Hospice de bien vouloir désinfecter :

1º Son logement ;

2º Les effets qu'il tient à la disposition de l'Administration.

________ le ________ 189

(*Signature*)

Cette feuille, qui donne l'indication du tarif à appliquer, si la désinfection doit être payée, est signée du médecin et du chef de famille, puis visée par la mairie si la désinfection doit être gratuite.

Elle est délivrée par le médecin traitant au moment qu'il juge opportun, et adressée ensuite au Directeur de l'hôpital qui est responsable du service.

Celui-ci envoie alors au jour et au lieu indiqué, la voiture pour objets infectés, le pulvérisateur et ses accessoires, et les deux désinfecteurs munis de leurs sacs et de leurs vêtements. La voiture est disposée de façon à pouvoir ramener en même temps, sur un cadre suspendu, le malade s'il doit être reçu et isolé à l'hôpital.

Parvenus à destination, les désinfecteurs enferment, d'abord, dans les sacs hermétiquement clos, les objets désignés par le médecin pour être soumis à l'action de l'étuve. Puis ils opèrent méthodiquement la désinfection du local et reviennent.

A l'hôpital tout se passe comme pour les autres étuves. Seulement le public vient reprendre, au guichet spécial et à l'heure qui lui est indiquée, les objets désinfectés, devenus désormais inoffensifs.

L'accueil fait à cette innovation est tel que, depuis trois mois, nous avons fait à peu près une désinfection tous les deux jours. Deux cas de petite résistance se sont produits : elle a cédé devant la mise en demeure des maires. Et beaucoup sont venus, sans une nécessité absolue, réclamer la désinfection après décès, par simple confiance dans cette mesure prophylactique.

Vous voyez, mes chers confrères, que nous sommes désormais en mesure dans le canton de Meulan d'appliquer *intégralement* la loi sur l'exercice de la médecine. Et c'est encore à nous-mêmes que nous le devons. J'espère bien avoir d'ici peu de nombreux imitateurs, car il ne faut pas s'effrayer des quelques rebuffades à recevoir. Fort de sa conviction, soutenu par le public, on a vite fait d'instruire les ignorants, de gagner les réfractaires, ou de galvaniser les tièdes.

Vous allez en trouver la preuve dans ce que j'ai à vous dire au sujet de nos préparatifs, déjà commencés à Meulan en vue de la promulgation de la loi sur la santé publique.

Retour du Havre, il y a deux ans, je venais de passer quelques jours au contact de M. le Dr Gibert qui m'avait enthousiasmé (et ceux qui le connaissent, ne s'en étonneront point) au sujet de l'organisation

d'hygiène municipale de cette ville. Et je disais à M. Bellangé, maire de Meulan : « Nous rendrions un grand service à notre région, si nous parvenions à adapter au canton de Meulan le programme d'hygiène publique qui a donné dans les grandes villes de si précieux résultats. C'est un essai à faire ; mettons-nous à la tâche ». Mais mon cher collaborateur d'aujourd'hui, malgré son activité naturelle, sa puissance de travail, et son esprit d'initiative, se montra inquiet. Mon programme l'effrayait.

Eh bien, lui dis-je, commençons par le service régional de désinfection ; nous verrons après. Ainsi dit, ainsi fait.

Le succès obtenu par le service de désinfection a été ce que je vous disais plus haut.

Et qu'en est-il advenu, chers confrères ? C'est que M. Bellangé, enthousiasmé à son tour, et sans attendre de nouvelles sollicitations de ma part, vient de créer, par un arrêté approuvé de la Préfecture, le *Bureau d'hygiène de Meulan* qui sera l'an prochain *le Bureau d'hygiène du canton de Meulan*, car les maires des communes voisines sont convaincus à leur tour, et nous n'avons plus à attendre que le vote de minuscules crédits budgétaires. La loi sur les Syndicats de communes nous a donné ce droit d'association limité ; nous en tirerons bon parti.

Vienne donc maintenant la promulgation de la loi sur la protection de la santé publique ; nous n'avons plus rien à en redouter, ni mesures brutales à appliquer, ni charges sans compensation légitime imposées aux médecins, ni erreurs dues à des circonstances locales. Chacun de nous, médecins, sera dans sa clientèle l'agent consciencieux, adroit, convenablement rétribué, intéressé au succès de cette loi qui, ailleurs, si l'on n'y prend garde, lèsera beaucoup d'intérêts et peut-être au détriment de sa durée, de sa vitalité propre.

Puisse, chers confrères, l'exemple que nous avons fourni, en Seine-et-Oise, être suivi ailleurs. Je le souhaite avec la profonde conviction que c'est la façon logique, utile, de seconder les efforts faits en haut lieu en vue de la réforme de la législation médicale. Je n'hésite pas à l'offrir comme programme aux Syndicats ; ils ont lutté pour la théorie, ils ne doivent pas déserter pour la pratique. C'est encore une fois l'intérêt général le plus sacré qu'ils défendront en y associant leurs intérêts particuliers.

Aide-toi, le ciel t'aidera.

M. *Cézilly* : M. Jeanne est arrivé à installer la désinfection dans son canton, d'une façon complète, en obtenant, de toutes les communes la contribution de cinq centimes par tête d'habitant des communes. Il insiste sur la nécessité d'obtenir une indemnité pour les membres de ces bureaux d'hygiène, auxquels sont admis tous les médecins.

La communication de M. Jeanne est accueillie très chaleureusement par l'Assemblée.

DISCUSSION.

M. *Gibert* : Messieurs, je suis, par intérim, directeur du bureau d'hygiène du Havre, et en outre médecin des épidémies de l'arrondissement. J'adresse toutes nos félicitations à M. le Dr Jeanne. La loi est incomplète et prématurée ; on a oublié, comme souvent, de voter les ressources nécessaires à son application. M. Jeanne en a trouvé le remède, uni à ses confrères, il a pu faire rétribuer le service directement par les communes. Il faudrait que l'Assemblée décidât que cet exemple sera soumis à M. Henri Monod. (*Assentiment*.)

J'insiste sur ce point, qu'il était malheureux, pour l'avenir de la loi, d'obliger les médecins de campagne à faire des déclarations aux préfets et aux maires, lorsque ces déclarations n'avaient pas pour sanction, les désinfections nécessaires. Grâce au bureau d'hygiène du Havre, nous avons pu, il y a deux ans, en trois jours, par les mesures de désinfection, enrayer une épidémie cholérique. Mais, comme médecin des épidémies, il en est tout autrement. Nous avons, dans nos campagnes, en ce moment, une grave épidémie de fièvre typhoïde, généralisée, et qu'on ne peut attribuer à l'usage de l'eau, dont les paysans ont horreur. Les déclarations médicales ont été nombreuses ; on m'a demandé d'aller sur les lieux, constater les cas et on pensait que ce serait gratuitement. J'ai fait un premier déplacement et présenté une note de frais de voiture et de constatations médicales. Comme la première s'élevait à 150 francs, on m'a prié de suspendre (*rires*). Il n'y avait pas de budget pour ces opérations, j'en ai été pour mes frais ; il faut que le gouvernement sache que ce service ne peut être gratuit. On a reconnu la lacune et on a prétendu que cette obligation de déclaration habituerait les médecins à s'y soumettre. Ce sera le contraire, lorsqu'ils verront qu'elle ne sert à rien et la loi tombera en désuétude.

Si M. Jeanne a réussi, c'est qu'il a su se concilier le concours de ses confrères ; des dissentiments l'auraient entravé. Il faut, qu'en France, on paye le service. En Angleterre, déclarez, vous recevrez trois francs ; ne déclarez pas, vous êtes à l'amende de 25 francs. Ce pays paye 8 millions pour les déclarations.

Au point de vue du secret professionnel, il y a une lacune. Quand un médecin a affaire à un établissement public, un hôtel, une administration, on le place entre son devoir et son intérêt. Il faut que cette situation cesse ; que les maîtres d'hôtel, les chefs des administrations, fassent eux-mêmes les déclarations et non le médecin.

M. le Dr *Reumeaux*, président du Syndicat de Dunkerque, et quelques autres membres font observer que dans leurs départements, les Conseils généraux ont voté des fonds pour les médecins des épidémies.

Après la discussion, l'Assemblée décide que le travail de M. le Dr Jeanne sera transmis au directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène, M. Henri Monod.

M. *Cézilly* reprend en ces termes :

Messieurs : Nous ne quittons pas la loi Chevandier. Elle a, par sa promulgation, prêté un nouvel intérêt à d'anciennes questions. Je fais allusion à l'*article* 5 qui dit que « les médecins étrangers ne pourront exercer en France, s'ils ne sont pourvus d'un titre français ». Cet article a été interprété de façon divergente, par divers commentateurs et jurisconsultes. Il faut arriver à déterminer s'il s'applique aux médecins étrangers des frontières, admis à exercer dans les communes limitro-

phes, par les conventions Belge, Luxembourgeoise et Suisse. Il s'agit aussi de savoir si, sur la frontière allemande, un médecin français a le droit d'exercer dans nos anciennes provinces et réciproquement ?

M. le Dr Lécuyer s'est occupé de la première partie de ces conventions. Il devait se trouver ici, aujourd'hui, et nous fournir la solution de la dernière question ; mais il a été empêché, au dernier moment, par une impérieuse nécessité de famille. Nous donnerons, dans le journal, les renseignements qu'il a pris auprès du Ministère des affaires étrangères. (*Assentiment.*)

Le Président continue :

La loi Chevandier, en son article 35, prévoit un règlement d'administration publique qui fixera son *application à l'Algérie et aux Colonies*. Deux ans se sont écoulés et ce règlement n'est pas venu. Il en est résulté des réclamations, bien légitimes, de nos confrères des Colonies. Par exemple, les tarifs nouveaux des *expertises médico-légales* ne sont pas appliqués, dans nos possessions, ou du moins, dans toutes, l'Algérie par exemple, lorsque, chose bien singulière, d'autre part, à la Martinique, nous savons qu'on les a déjà mis en exécution.

M. Cézilly lit à ce propos les passages d'une lettre de notre très actif confrère, le Dr Labrousse, de Guelma, et il ajoute :

Nous vous proposons, en conséquence, d'exprimer au groupe médical des Chambres, le vœu : « *Que le projet de décret, élaboré le 24 mars 1894, soit de suite soumis, par le Ministère de l'intérieur, à la signature présidentielle.* » (*Assentiment.*)

Messieurs : Nous aurions une autre occasion d'être utiles à nos confrères d'Algérie ; ce serait de recommander, en outre, au groupe médical le vœu exprimé par eux, depuis des années, « *que les fonctions de médecin de colonisation soient comprises dans la catégorie du service actif, prévue par la loi du 9 juin* 1853, *sur les pensions civiles* », *les documents relatifs à ces questions ont été remis le* 19, *selon le vœu de l'Assemblée, au secrétaire du groupe médical, M. le député Pedebidou.*

Société de protection des victimes du devoir.

La Société possède un capital d'environ deux mille francs. Elle a délivré cette année une somme de cinq cents francs, à la veuve d'un médecin de l'Ouest, victime du devoir et continue des secours à une autre veuve, depuis longtemps l'objet de sa sollicitude.

La Société a fait une perte douloureuse, dans la personne de son secrétaire-général, le Dr Gillet de Grandmont, qui avait des projets pour l'avenir de l'œuvre. Il faudra pourvoir à son remplacement.

L'Assemblée vote des compliments de condoléance à la famille de notre regretté confrère.

Tarifs médico-légaux.

Messieurs : je donne la parole, sur ce sujet, à M. le Dr *de Grissac*, qui a bien voulu rechercher des circulaires ministérielles interprétant la revision des tarifs médico-légaux prévue par la loi Chevandier. Une lettre d'un membre du Concours affirmait que, contrairement à la croyance générale, l'article 22 du décret de 1811 n'était pas abrogé, et que c'est lui qui fixe encore le montant des vacations de jour et de nuit, dues aux experts et qu'en conséquence, puisqu'il n'a pas été abrogé par le décret de 1893, il doit être appliqué en matière d'expertise médicale proprement dite, quand il s'agit, par exemple, de l'*état mental des prévenus, d'analyse chimique*, etc.

M. de Grissac donne lecture de deux circulaires (1) et l'Assemblée décide qu'un comité, formé par le Conseil de Direction, se rendra auprès de M. le Garde des Sceaux, dans le but de faire préciser le sens de ces circulaires. (*Assentiment général.*)

M. *Cézilly* : Nous n'en avons pas fini avec la loi Chevandier et cela n'est pas surprenant, puisque, désormais, c'est elle qui va nous régir en toutes circonstances.

Un de ses articles, qui avait trait à l'*exercice de la pharmacie*, dans les communes où il n'existe pas d'officine, a été réservé et renvoyé à la loi en préparation sur l'*Exercice de la Pharmacie.*

Cette loi est en ce moment soumise au Sénat, elle devra revenir à la Chambre des députés, après les modifications que le Sénat lui aura apportées.

Elle est, pour le Corps médical, d'un intérêt capital. Nous avons réclamé, en premier lieu, que la distance légale entre le médecin et l'officine *soit fixée à 4 kilomètres et non à* 6, et il serait bien surprenant que le Sénat n'acceptât pas cette limite, lui qui a voté, en 1892 « que tout médecin peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine et qu'il peut, mais sans tenir officine ouverte, fournir des médicaments à ses malades, lorsque sa demeure est à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacien ».

Nous avons réclamé aussi la faculté, pour les médecins, quelle que soit leur résidence, d'administrer à leurs malades les médicaments d'urgence. Cette prétention si légitime sera aisément admise par les pharmaciens ; aussi aisément que nous admettons tous que lorsqu'ils sont eux-mêmes appelés pour un accident, en l'absence du médecin, ils puissent donner les premiers soins.

Nous insistons également auprès de nos confrères législateurs, pour qu'ils soutiennent l'absolue nécessité de la *suppression des pharmaciens de* 2e *classe*, et l'obtiennent, comme nous avons obtenu la suppression du 2e ordre des médecins. Ce point est capital, car la multiplication prodigieuse des officines est une des causes les plus sérieuses de la gêne médicale.

Quant à l'article 14 qui donne au pharmacien le droit de *délivrer au public, sur sa demande, toutes les substances simples ou composées, à l'exception des poisons*, il serait la consécration de l'exercice

(1) Ces deux circulaires seront publiées prochainement au journal.

illégal si ce droit n'était limité par une liste spécifiant les substances qui peuvent être délivrées, librement par des pharmaciens. Nous avons à cent reprises, et depuis des années, commenté cet article.

En ce qui concerne les *spécialités*, nous n'avons pas à intervenir directement, puisqu'elles sont à la discrétion des médecins qui exercent, sur elles, le contrôle de leurs prescriptions, contrôle bien plus puissant que tous les articles de loi, si faciles à éluder.

Nous espérons fermement qu'après toutes les démarches faites à tant de reprises par les membres du Concours et des Syndicats auprès des députés et sénateurs, satisfaction nous sera donnée (1). (*Assentiment général.*)

DISCUSSION

La communication du président amène une discussion prolongée, à laquelle prennent part MM. Richard, de Lille ; de Fourmestreaux, Maurat, Hervouet, Gibert. Plusieurs membres font ressortir la portée de l'article qui, s'il était voté, sans les restrictions demandées par le *Concours médical*, consacrerait l'exercice illégal par les pharmaciens, qui porte un si grand préjudice aux médecins ; ils font également remarquer les difficultés de cette poursuite, qui ne peut avoir lieu que par témoignages, très difficiles à recueillir ; ils disent que, seuls, les syndicats, agissant en tant qu'Association, peuvent le réprimer en intervenant directement ; que les pharmaciens, dans certaines localités, font moitié de la médecine courante et que bien souvent, déjà, des actions engagées n'ont pas abouti d'une façon utile ; qu'il faudrait reviser la loi, en ce qui concerne l'exercice illégal par les pharmaciens et que la loi Chevandier étant votée, c'est à l'occasion de la loi sur la pharmacie, qu'il faudrait définir ce genre d'exercice illégal.

L'Assemblée décide que le Conseil de direction va s'aboucher avec le groupe médical, pour obtenir que les vœux exprimés soient pris en considération.

Caisse des pensions de retraite.

Le président donne alors la parole à M. le Dr Delefosse, secrétaire général de la caisse des pensions de retraite, qui s'exprime en ces termes :

Messieurs : Au moment ou en 1894, la Caisse est entrée en fonction, c'est-à-dire, délivra, en avril, ses premières pensions de retraite, le Trésorier, M. le Dr Verdalle, a voulu faire vérifier, par un expert comptable, toutes ses opérations financières depuis 1884, et voici l'exposé de la situation.

RAPPORT DE M. LE Dr VERDALLE, TRÉSORIER DE LA CAISSE DES PENSIONS.

Notre bilan au 31 décembre 1893 était établi ainsi :

NOMS DES COMPTES	ACTIF Comptes débiteurs.	PASSIF Comptes créanciers.
Capital.....................Fr.		461.614 80
Caisse..........................	6.314 80	
Caisse des Pensions.........	2.427 »	
Obligations communales 1879	9.700 »	
— du Midi..........	60.259 50	
Rente 3 % amortissable......	151.317 »	
Obligations foncières 1883...	42.550 »	
— foncières 1886-92	25.075 »	
— Orléans.........	47.000 »	
— foncières 1879...	9.670 »	
— P.-L.-M.........	53.187 50	
Rente 3 %..................	58.980 »	
Caisse auxiliaire.............		5.316 30
	466.480 80	466.480 80

Il ressort des chiffres de ce bilan que nous étions comptables à la fin du dernier exercice :

1° Au compte capital de............Fr.	461.164 50
2° Au compte Caisse auxiliaire de......	5.316 30
ENSEMBLE..................	466.480 80

Cette somme était représentée exactement :

1° Par des espèces en caisse au 31 décembre 1893...................	6.314 80	
2° Par les valeurs en portefeuille à cette même date....	457.739 »	
3° Par la dette contractée par la Caisse des Pensions vis-à-vis de la Caisse auxiliaire.	2.427 »	
EGAL.........		466.480 80

REPORT............	466.480 80
Vous n'ignorez pas, Messieurs, que la Caisse auxiliaire est alimentée par un modeste prélèvement opéré sur les recettes de la « Caisse des Pensions », et vous constaterez avec plaisir que la Caisse auxiliaire a à son crédit au 31 décembre 1893 provenant tant de dons particuliers que de la retenue statutaire de 1 % sur la recette brute.	5.316 30
Après vous avoir déclaré que notre capital était, au 31 décembre 1893, de....	461.164 50

il sera intéressant pour vous d'apprendre comment nous avons formé ce capital.

C'est d'une grande simplicité.

Les cotisations ont apporté :

En 1884...............Fr.	20.541 »	
En 1885...................	38.616 20	
En 1886...................	34.667 »	
En 1887...................	35.941 40	
En 1888...................	30.595 10	
En 1889...................	32.351 90	
En 1890...................	42.685 25	
En 1891...................	31.318 60	
En 1892...................	44.284 05	
En 1893...................	44.191 45	
		373.224 95

Les valeurs — titres, actions ou obligations divers — ont produit les intérêts suivants, savoir :

(1) La loi sur la pharmacie vient d'être votée, en première lecture, par le Sénat. La rédaction adoptée, si elle nous donne satisfaction sur quelques points, nous la refuse sur d'autres. Elle est remplie d'obscurités ; elle lèse de graves intérêts. Nous croyons qu'elle ne sera pas définitive, d'autant plus que la Chambre doit la reviser. Nous l'étudierons prochainement.

En 1884..........F.	207 60	
En 1885..................	1.200 50	
En 1886..................	3.306 75	
En 1887..................	4.326 55	
En 1887..................	5.762 65	
En 1889..................	6.925 40	
En 1890..................	8.084 40	
En 1891..................	9.763 40	
En 1892..................	11.515 15	
En 1893..................	13.105 85	
		64.198 25
Et la plus-value résultant de la différence entre le prix d'achat des valeurs et le cours au 31 décembre 1893 a été de...		34.197 95
TOTAL..................		471.621 15

A reporter.........		471.621 25
A déduire les frais généraux qui ont été :		
En 1884..........F.	530 94	
En 1885..................	1.433 53	
En 1886..................	1.735 02	
En 1887..................	748 39	
En 1888..................	1.046 75	
En 1889..................	1.090 10	
En 1890..................	1.221 66	
En 1891..................	697 97	
En 1892..................	577 23	
En 1893..................	1.369 06	
		10.456 65
ÉGAL AU TOTAL..........F.		461.164 50

Toutes nos opérations sont résumées dans les chiffres qui précèdent. Le détail, année par année, en est écrit au livre dit *des Inventaires*, livre dressé conformément à la loi et aux règles de la comptabilité.

Si nous n'avions été aussi intéressés que vous tous à la prospérité de notre Association et si notre modestie ne pouvait en être offensée, nous tirerions vanité de l'administration de nos finances pendant cette première période décennale ; nous nous permettrons seulement de constater que nous avons été servis par un rare bonheur dans l'achat des valeurs représentant notre capital, puisque leur plus-value s'est élevée au 31 décembre 1893, au chiffre énorme de 34.197 fr. 95.

D'autre part, si vous considérez que nous avons fait figurer dans les frais généraux tous les débours de transferts et de conversions de nos titres, vous trouverez que nous avons été économes des deniers de la Société. Je répète donc ici, et avec intention, que nos frais généraux n'ont pas dépassé, en dix ans, 10.456 fr. 65, soit une moyenne par an de 1.045 fr. 66.

L'Assemblée applaudit à l'exposé de M. le Dr Delefosse, qui, de concert avec le président, propose à l'assemblée de voter des félicitations à M. le Dr Verdalle, pour les pénibles fonctions qu'il a si bien remplies. (*Applaudissements.*)

M. *Cézilly* :

Messieurs. Les *médecins des Lycées* jouissaient de la remise des frais d'études, pour leurs enfants ; ils en ont été privés par suite d'une décision ministérielle, louable, dont les conséquences ont été fâcheuses seulement pour nos confrères. Plusieurs membres du Concours nous ont écrit à ce sujet. Le conseil de direction s'est associé aux démarches qui sont faites par M. le Président Lannelongue, pour obtenir le redressement justement réclamé et nous espérons qu'une solution favorable va intervenir au premier jour. (*Adhésion.*)

Il s'est fondé à Paris, depuis deux ans, une Société, une agence dénommée *La Soucieuse*. Elle se met en rapport avec les médecins, qui, croyant avoir affaire à des membres d'une Société de secours mutuels, sont tentés d'accepter les propositions qui leur sont faites. Un de nos excellents confrères, le Dr *de Larochefordière*, va vous exposer les faits.

M. de La Rochefordière parle en ces termes :

Voilà environ 15 jours, un courtier d'une prétendue *Société* dite *La Soucieuse* s'est présenté chez moi, me demandant *si je voulais être médecin de cette société pour mon quartier.* Ce sont exactement ses termes ; puis il m'a exposé que j'aurais une réduction déterminée à faire aux adhérents qui me présenteraient leur carte, réduction qui porterait mon prix à 3 fr. par visite, et que *je toucherais*, ce sont encore ses expressions, le prix pour chaque visite, et le double s'il y avait deux malades, dans la même maison.

Finalement il me dit que j'aurais à verser, annuellement, pour frais d'impression sur les catalogues, une somme de 15 fr., mais seulement après mon inscription sur un registre, semblable à celui qu'il me mettait sous les yeux.

Voyant sur ce répertoire des noms de médecins très distingués et respectueux de la bonne confraternité, voyant également à la page 2, cette phrase : *Tout le monde peut faire partie de la Soucieuse*, moyennant un versement de 2 fr., j'ai cru à une véritable société de secours mutuels ; car enfin, on peut accepter les offres de service d'une agence de publicité ; mais on n'en fait pas partie pour cela, on ne peut faire partie que d'une association. De plus, si *La Soucieuse* consiste purement et simplement dans le Répertoire, de quoi *font donc partie* les bons particuliers qui paient 2 fr.? Assurément pas du Répertoire puisque celui-ci est réservé à l'inscription des commerçants et médecins qui payent 15 fr. et réduisent leurs tarifs.

J'ai donc accepté.

Mais le lendemain j'eus le plaisir de voir le Dr Hervouet qui, plus familiarisé que moi avec ces tentatives, me fit part de ses impressions, ajoutant que, sollicité lui-même, il avait refusé.

Ne possédant pas encore le fameux Répertoire, je me rendis chez le Dr Labitte, dont j'avais vu le nom sur celui que j'avais eu un instant entre les mains et le priai de me prêter le sien pour approfondir la combinaison ; ce qu'il fit très aimablement, m'avouant qu'il avait été, lui aussi, absolument trompé par le courtier et qu'il regrettait son erreur.

J'eus alors recours aux conseils éclairés de M. le Dr Cézilly qui m'engagea à avoir une explication avec l'administrateur de cette société et immédiatement je me rendis au siège de *La Soucieuse*, 17, rue des Messageries.

Là une enseigne, non pas sur la rue, mais comme soigneusement cachée dans l'escalier, porte le mot : « la Soucieuse » sans explication.

Je demandai l'administrateur et le priai, en qualité de nouveau médecin de la Soucieuse, de vouloir bien me communiquer les statuts.

Il me répondit qu'il n'avait pas de statuts, mais qu'il avait un acte, déposé au tribunal de commerce et à la justice de paix.

Je lui fis observer qu'une société ne pouvait exister sans statuts et que, par là même, ayant été trompé, je lui interdisais formellement de faire paraître mon nom sur le répertoire.

La façon calme avec laquelle il reçut une déclaration si peu aimable me montra combien il était peu

sûr de son affaire ; et je lui annonçai que je ferais part de ma détermination à notre prochaine réunion professionnelle.

Cette combinaison de la Soucieuse très habile et très lucrative pour son ou ses auteurs, consiste, en réalité, à faire verser 15 fr. par an à des médecins, à des pharmaciens, à des commerçants, etc., 2 fr. par an à des particuliers, en faisant miroiter aux yeux des médecins des avantages absolument imaginaires, et surtout celui d'être médecin de la Société pour le quartier, alors que la même proposition est faite à tous; aux yeux des commerçants les avantages des réductions réciproques et de l'accroissement de la clientèle, aux simples particuliers la perspective des réductions.

Comment cette société se présente-t-elle aux titulaires des autres professions, je l'ignore ; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que ses procédés vis-à-vis des médecins, tout au moins de certains, constituent une véritable manœuvre. Le docteur Labitte a été trompé, je l'ai été.

Le docteur Hervouet m'a avoué que la chose était si bien présentée, qu'il a tout d'abord demandé de la réflexion ; or je ne suis pas tombé par hasard sur les deux seules victimes partageant ma déception !

Cette entreprise serait pour nous désastreuse, si elle prenait de l'extension ; elle n'est point faite pour augmenter notre considération, et les courtiers pour obtenir un certain nombre de pièces de 2 fr. chaque jour, n'auront qu'à nous filer, pour avoir l'adresse de nos propres clients et leur tenir ce langage : vous avez pour médecin le Dr X. il vous prend tant. Eh bien, en nous versant chaque année 2 fr. vous ferez partie de *La Soucieuse*, dont il est le médecin et il ne vous prendra plus que tant. Sans compter toutes les autres bonnes propositions que leur suggérera leur féconde imagination.

Mon avis a tout d'abord été de demander des éclaircissements au commissaire de police, mais auparavant j'ai voulu, d'après le conseil de M. le Dr Cézilly, en parler à cette réunion. (*Assentiment et vive approbation.*)

M. Cézilly prie alors le Dr Hervouet de vouloir bien compléter les renseignements.

M. *Hervouet* :

Messieurs,

L'année dernière, un individu vint me trouver, de la part, me dit-il, d'un confrère qu'il me désigna, pour m'offrir d'être médecin, pour mon quartier, de la Société *La Soucieuse*. Jeune médecin, je ne devais pas avoir une clientèle trop forte, et il pensait que j'accepterais facilement ses offres de service, moyennant une petite réduction, je serais sûr d'avoir comme clients les adhérents de *La Soucieuse*. Voyez, me dit-il, vos confrères inscrits.

Je parcourus le répertoire et pus lire les noms d'une quarantaine de médecins dont je connaissais quelques-uns.

Pour entraîner mon adhésion, ce monsieur me donna quelques renseignements ; mais ayant vu que tout le monde pouvait en faire partie, et qu'il ne s'agissait pas du tout d'une œuvre philanthropique, destinée à venir en aide à des ouvriers ou petits employés, je demandai à réfléchir. Et au bout de quelque temps, ce monsieur étant revenu, je lui déclarai que je ne pouvais pas accepter, et lui donnai les motifs de mon refus, auxquels il ne trouva rien à répondre.

Vous avez entendu le récit de mon ami de la Rochefordière. Eh bien ! je crois qu'il est de notre devoir de protester contre des compromissions de ce genre entre médecins et agences. Que des commerçants, des industriels divers, essayent d'attirer les clients par l'appât du meilleur marché, je n'y trouve rien à dire. Mais que des médecins s'en aillent déclarer *urbi et orbi* qu'ils feront une réduction de 10, 15 ou 20 % sur les tarifs ordinaires, et que cette réduction sera faite à tous venants, c'est un sûr moyen de se déconsidérer. Car s'il n'y a pas de limite au nombre des adhérents ordinaires, il n'y en a pas non plus au nombre des médecins : c'est ainsi que j'ai pu noter sur le répertoire de *La Soucieuse* plusieurs médecins tout à fait voisins les uns des autres. Et, dans ces conditions, on n'a pas de raisons de s'arrêter en route, et de ne pas surenchérir : ainsi, lorsqu'un médecin consentira 15 % de réduction, le voisin aura tout intérêt à accorder 20 % pour être bien sûr que tous les adhérents viendront de préférence à son cabinet. Et, en poussant la chose à l'extrême, on pourrait voir bientôt tous les médecins de Paris lutter, sur ce terrain, à qui mieux mieux, et tous les parisiens adhérents à *La Soucieuse*, pour le plus grand bénéfice du lanceur de cette affaire. (*Rires.*)

Bien entendu, je pousse le raisonnement à l'extrême, car cette entreprise a une limite qui se trouve dans le bon sens et le souci de la dignité professionnelle ; cependant, je dois dire que j'ai été fort surpris de constater que la liste des médecins adhérents s'était environ quadruplée, depuis l'année dernière. J'ai été également très surpris de constater, sur cette liste, les noms de médecins faisant partie du Concours médical ou du Syndicat des médecins de la Seine. C'est vraiment méconnaître d'une façon inexplicable les grands principes de solidarité et de dignité professionnelle qui nous unissent ; et je ne puis comprendre l'adhésion de ces confrères que par suite d'une erreur analogue à celle dont a été victime mon ami de la Rochefordière. On croit avoir affaire à une Société de secours mutuels, et on donne rapidement son adhésion.

En résumé, je crois qu'il suffira de signaler cette entreprise avec ses conséquences, pour voir les médecins qui y ont adhéré faire effacer leur nom du répertoire de *La Soucieuse*, et cesser de lui donner l'appui de leur nom et de leur profession. (*Approbation générale.*)

Sur la proposition de M. le Dr Lepage, l'Assemblée décide que cette intéressante affaire est du ressort du Syndicat de la Seine et que les éléments lui en seront remis, afin qu'elle avise.

M. *Cézilly* reprend la parole en ces termes :

Prix pour la rédaction d'un code de déontologie.

Messieurs : L'exercice de notre délicate profession est fertile en situations difficiles, où le médecin est bien souvent embarrassé de discerner nettement son devoir ; vous venez de le voir par l'incident de *La Soucieuse*. Le Dr Dechambre, ensuite le Dr Jollivet, le Dr Perron, dans le *Concours médical*, le professeur Grasset, de Montpellier, en 1853, le *Journal de médecine de Bordeaux*, récemment, et d'autres que j'omets, se sont, sous des formes diverses, appliqués à codifier les devoirs et les droits des médecins. Le Concours médical, diverses Associations, les Syndicats médicaux et entre autres, enfin, celui du Tarn, ont essayé de dicter des règles de conduite.

Il serait particulièrement utile de condenser, en un travail de portée générale, prévoyant la plus

grande partie, sinon la totalité des cas, comme l'a fait, avec un véritable succès, pour les médecins des stations thermales, M. le Dr Janicot, toutes les règles de déontologie.

Le Conseil de Direction du Concours médical estime qu'il est de son devoir de favoriser, avec les ressources de la Société, la rédaction de ce code, et il vous propose de créer un prix à cet effet et de nommer une commission de trois membres qui sera le juge du concours ouvert.

Le prix sera, s'il y a lieu, délivré en 1895. Après discussion, l'Assemblée accepte la proposition. Sont nommés membres de la commission : MM. *de Fourmestreaux*, de Versailles, *Leroy*, de Noyon, *Lepage*, de Paris.

Au moment de l'établissement du Budget, l'Assemblée aura à déterminer si elle veut créer un prix et, dans ce cas, en déterminer la quotité. (*Assentiment général.*)

Le Directeur continue en ces termes :

Syndicats médicaux.

L'œuvre essentielle du Concours médical, celle des *Syndicats*, est toujours en bonne voie ; nous vous avons signalé, dans le *Bulletin*, tous ceux qui se sont formés depuis notre dernière réunion. Nous avons, dans une large mesure, participé à leur constitution, et il ne se passe pas de semaine sans que le journal en entretienne ses lecteurs. Nos efforts incessants sont couronnés de succès, et nous sommes fondés à espérer que l'année 1895 sera, encore plus que celle-ci, fertile en nouvelles organisations syndicales. Les membres du Concours, par une prédication de quinze années, sont les plus fervents apôtres de ces Sociétés professionnelles, et ils savent rendre à notre association la justice qui lui est due. Nous continuerons notre féconde propagande.

Union des Syndicats médicaux de France.

La dernière assemblée, en novembre 1893, l'a constituée sur des bases qui ne sont pas celles qui étaient dans nos aspirations. Nous demandions la présidence annuelle, afin d'honorer successivement les Syndicats les plus actifs ; la représentation de chaque Syndicat par un nombre limité des délégués, afin d'éviter la prédominance du nombre ; la consécration des liens des Syndicats avec notre Société, qui les avait fondés, par l'admission de son directeur *parmi les vice-présidents*. Nous estimons que ces désirs étaient légitimes et fort modestes. Par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, nos désirs n'ont pas été pris en considération.

Nous devions, dans l'intérêt bien entendu des Syndicats ne point créer une désunion fâcheuse, préjudiciable au Concours médical et à l'Union des Syndicats et faire abstraction de nos préférences.

Les séances du *Bureau de l'Union* ont été nombreuses ; il s'est appliqué, avec conscience, par l'intermédiaire de nombreuses commissions, à l'étude des diverses et complexes questions d'intérêt médical général : Sociétés de secours mutuels, assistance, hygiène publique, intérêts militaires, exercice de la médecine, déontologie, etc... Nous enregistrerons les travaux de ces Commissions et nous applaudirons aux résultats pratiques de ces études, toutes les fois qu'ils se produiront.

Toutes les fois qu'il sera possible d'associer l'*Union* aux œuvres du Concours, le Conseil de Direction s'empressera de le faire.

En agissant de cette façon, nous avons la conviction de servir, de la meilleure manière, les intérêts des médecins. (*Applaudissements.*)

Association générale. Pensions de revenu et des veuves et orphelins.

Il est une autre Association médicale, la plus ancienne et plus nombreuse, à laquelle le Concours médical ne saurait, non plus, rester étranger. C'est l'*Association générale*, dont, presque tous, nous faisons partie. Rien de ce qui la touche ne peut nous être indifférent et nous pouvons nous rendre cette justice que les réclamations que nous avons portées devant elle, ont toutes été, sous des formes diverses, utiles à ses progrès.

Nous croyons pouvoir, cette année, lui rappeler un vœu déjà ancien, que j'ai émis au sein de l'Association de l'Oise, comme Président et qui me paraît, en ce moment de toute opportunité. Un de nos Confrères a bien voulu en faire l'objet d'une communication spéciale ; je lui donne la parole, M. le Dr *Jeanne* :

Le rôle prochain de l'Association générale.

La proposition de notre confrère, M. le Dr Stagienski, dont nous parlerons tout à l'heure, a rappelé notre attention sur celle que formulait ici, en 1888, le Directeur du Concours Médical.

« L'heure est venue, disait M. Cézilly, au milieu de vos applaudissements, et pour l'Association générale « et pour les Sociétés locales, de ne plus capitaliser toutes leurs réserves. Trois réformes pratiques se présentent avec un caractère d'urgence : la création de la *Caisse indemnité-maladie*, celle des *pensions viagères « prises sur les revenus toujours croissants*, enfin l'institution d'une *caisse pour les veuves et les orphelins.* »

En ce qui concerne la première de ces trois questions, vous savez ce qui est advenu. La lutte engagée au sein de l'Association générale, pendant plusieurs années et ardemment soutenue par les plus autorisés d'entre vous, fut close, en 1892, par une fin de non-recevoir, après une consultation boiteuse et peu significative des Sociétés locales. Vous n'avez pas accepté ce verdict, chers confrères, et votre esprit d'initiative a créé de toutes pièces, sous le nom d'Association amicale, l'œuvre féconde, pleine de promesses, assise sur des bases inattaquables, qui vous met à l'abri des grosses inquiétudes pécuniaires dans les mauvais jours de la maladie. Vous vous êtes donnés vous-mêmes le *droit* de vous soigner quand

vous êtes malades, sans avoir à quêter le secours dont vous aviez besoin. La première réforme est donc bien réalisée. (*Assentiment.*)

Mais qui en a fait les frais ? Le *Concours Médical* et vous-mêmes. A votre cotisation de membre de l'Association générale, à celle de Sociétaire du Concours, vous avez ajouté la prime de l'Assurance contre la maladie. Et aucun secours ne vous est venu de la grande Société de secours mutuels dont vous êtes membres depuis de longues années, qui fût capable d'alléger cette nouvelle charge budgétaire imposée par la plus élémentaire prévoyance.

Ainsi, après cette création onéreuse, la plus aléatoire, je puis le dire, de celles que réclamait notre Directeur, d'accord avec vous, le budget de l'Association générale reste intact. Que dis-je, dans ses dépenses du chapitre *secours aux confrères malades*, il est allégé de ce que représenteront les *indemnités de droit* versées par l'*Association amicale*.

Eh bien, chers confrères, ne croyez-vous pas que dans cet état de choses, nous soyons autorisés à réclamer, de façon encore plus pressante que jadis, les deux autres réformes dont je vous parlais tout à l'heure.

Pour quiconque d'ailleurs sait lire entre les lignes, le langage de MM. Lannelongue et Lereboullet, aux deux dernières assemblées générales de l'Association, indique clairement la nécessité d'une orientation nouvelle dans la répartition des actes de bienfaisance de la Société qu'ils dirigent. Nous avons donc la certitude d'être bien accueillis dans nos justes revendications, car, ainsi que le disait dans son rapport de 1893 l'honorable et distingué Secrétaire général de l'Œuvre, le *Conseil ne peut qu'applaudir à toutes les mesures que vous voudrez prendre, pour mieux prouver votre désir de multiplier les bienfaits de l'Association en appliquant plus largement et plus efficacement la mutualité confraternelle.*

C'est pourquoi, chers confrères, d'accord avec le Conseil de direction, nous vous convions, pour cette année, à l'étude de ces deux projets parfaitement réalisables : *création de pensions prises sur les revenus de l'Association*, et *organisation, par elle, de la Caisse des pensions pour les veuves et les orphelins.*

La lecture de l'annuaire de l'Association (année 1893) ; les numéros du *Concours* 31, 32, 46 de l'année 1888 ; les numéros 15 et 17 de l'année 1893, vous suggéreront certainement des observations que nous serions heureux d'utiliser en vue de la campagne à faire.

Vous serez à première vue frappés de certains faits que je tiens à vous signaler rapidement.

1° Afin de parvenir à constituer 100 pensions viagères de 600 fr. à capital réservé, l'Association en est arrivée à immobiliser 1 million et demi. Et il a fallu trente-quatre ans pour atteindre ce résultat, à notre avis trop modeste, de pensionner cent confrères !

2° Si l'on considère dans quelle catégorie se trouvent les besoins de secours les plus fréquents, on constate que c'est dans celle des veuves et orphelins : et la différence est considérable.

3° Depuis quelques années les demandes de pensions viagères sont en diminution ; au contraire, les secours aux veuves et orphelins augmentent sans cesse.

4° Si on laissait le gros capital de la *Caisse des pensions viagères* s'augmenter *seulement*, désormais, des intérêts et arrérages de rentes, et des dons ou legs particuliers qui lui seraient spécialement destinés, on le verrait encore s'accroître dans une progression bien suffisante.

5° Si on affectait à une *Caisse des pensions pour veuves et orphelins* : 1° les sommes actuellement versées à la *Caisse des pensions viagères* par les Sociétés locales ; 2° les dons ou legs, qu'une fois créée, elle ne manquerait pas de recevoir, nul doute qu'on la verrait, en peu de temps, marcher sur les traces de son aînée et assurer le pain à des familles médicales tombées dans le dénuement, par la mort de leur chef.

6° Enfin, si nous admettons que l'avoir des Sociétés locales, arrivé aujourd'hui à plus d'un million, constitue, dans son ensemble, une réserve commune suffisante ; qu'il n'est plus nécessaire de le faire progresser, suivant une marche aussi rapide ; nous sommes conduits à penser qu'une partie du prélèvement annuel fait sur chaque société pourrait entrer dans une caisse commune et être utilisé sous forme de *pensions sur les revenus*, ainsi que le demandait M. le Dr Cézilly il y a quelques années. Et c'est à cette source que l'on pourrait puiser couramment dans des conditions comme celles qui se présentent au sujet de la proposition Stagienski, relatives aux enfants de notre confrère Laffite.

Il nous semble, en résumé, mes chers confrères, qu'il y a véritablement urgence à rechercher, en commun, quelles directions devront suivre les divers courants de bienfaisance appelés à se produire prochainement au sein de l'Association générale. Si nous avons plus d'une fois gémi devant les résultats insuffisants obtenus par celle-ci, nous entendons bien ne pas nous en tenir à des critiques ! Comme par le passé, sociétaires toujours dévoués quand même, nous faisons appel à toutes les conceptions, pourvu qu'elles portent l'empreinte de l'esprit de progrès et de solidarité professionnelle. (*Applaudissements.*)

Les idées que nous venons de suggérer constitueraient les grandes lignes d'un budget de réformes, se présentant approximativement sous l'aspect suivant :

Projet de budget de l'Association générale des médecins de France.

1° CAISSE GÉNÉRALE.

RECETTES :

Solde en caisse en fin d'exercice environ		10.000
Droits d'entrée	3.600	
10 % des cotisations	10.200	
10 % des revenus	3.400	22.700
Remboursements pour annuaires	5.500	
Intérêts des fonds placés		3.500
TOTAL DES RECETTES		36.200

DÉPENSES :

Frais d'administration, y compris loyers et annuaire	12.200
Allocations diverses	2.800
Frais de legs, droits de mutations, etc.	3.500
TOTAL DES DÉPENSES	18.500
Excédent des recettes	17.700

En conservant l'encaisse ordinaire de 10.000 fr., il reste un boni de 7 à 8.000 fr. qui pourrait être versé dans une autre caisse que celle des retraites, et par exemple partagé entre la caisse des veuves et orphelins, et celle des pensions sur revenus.

2° CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES

RECETTES :

Dons et legs des particuliers (en moyenne par an) depuis 34 ans	15.000
Arrérages de rentes constituées	5.000
Intérêts capitalisés au compte de fonds de retraites	13.000
Encaisse ordinaire	1.000
TOTAL	34.000

EMPLOI :

A verser au compte de fonds de retraites	20.000
Intérêts capitalisés	13.000
Encaisse	1.000
TOTAL	34.000

Et désormais l'augmentation de capital de la caisse des pensions viagères serait employée à l'élévation du chiffre des pensions constituées jusqu'à concurrence statutaire de 1.200 fr.

Il ne serait servi de nouvelles pensions que par la *Caisse des pensions sur revenus.*

3° CAISSE DES VEUVES ET DES ORPHELINS.

RECETTES :

Versement annuel moyen des Sociétés locales à la caisse des pensions	20.000
Moitié de la subvention moyenne annuelle de la caisse générale à la caisse des pensions	4.000
Dons et legs probables par an	6.000
Intérêts de sommes placées	?
TOTAL	30.000

DÉPENSES :

Dix pensions de 500 fr.	5.000
Dix pensions de 1000 fr.	10.000
A capitaliser	15.000

A notre sens il y aurait lieu de ne pas constituer ces pensions à capital réservé, sous peine d'encourir le reproche que nous adressons à la Caisse des pensions viagères telle qu'elle fonctionne.

Réserver chaque année au moins la moitié de l'avoir, c'est payer un tribut suffisant à la nécessité d'être prévoyant.

4° CAISSE DES PENSIONS SUR REVENUS.

RECETTES :

2/3 des prélèvements imposés aux Sociétés locales pour constitution de leurs réserves. (Ce prélèvement annuel total a été de 32.000 fr. en moyenne pendant les 34 ans écoulés)	20.000
Moitié de la subvention annuelle de la Caisse générale à la Caisse des pensions viagères	4.000
Dons et legs	6.000
Intérêts de la moitié de l'avoir	?
TOTAL	30.000

DÉPENSES :

25 pensions de 600 francs	15.000
A capitaliser	15.000
TOTAL	30.000

Même remarque que pour la précédente caisse.

DISCUSSION.

L'Assemblée, après une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres, applaudit au travail de M. le Dr Jeanne et elle vote le vœu suivant:

« Les membres du Concours, qui font partie de l'Association générale, sont invités à demander à la prochaine Assemblée générale de 1893, la constitution de pensions de revenu, au lieu de pensions de capital et la création de pensions de veuves et orphelins des membres décédés de l'Association. »

M. *Cézilly* :

Messieurs : Puisque vous vous occupez, en ce moment, des médecins que le malheur vient à frapper, laissez-moi vous soumettre la proposition d'un confrère. Elle nous a suggéré une idée que, nous croyons applicable au cas de M. le Dr Lafitte, dont l'infortune imméritée vous a tous profondément émus. Vous lui avez témoigné votre intérêt, en vous associant à toutes les démarches que nous avons faites en sa faveur. Nous espérons que vous voudrez bien, maintenant que la grâce est intervenue, essayer d'unir toutes les Associations médicales existantes, pour la réparation de ce désastre qui nous atteint tous.

La condamnation de notre confrère nous a porté un préjudice moral considérable. On en recherchera les causes, dans les études ultérieures et on indiquera aussi les moyens d'en éviter la reproduction. Mais en ce qui concerne le préjudice matériel causé à la victime d'une condamnation inique, il nous appartient de le réparer dans la plus large mesure. (*Vif assentiment.*)

Je donne la parole à M. le Dr Jeanne pour lecture de cette lettre et étude de la question qu'elle soulève.

M. le Dr *Jeanne* : Voici Messieurs la lettre qui formule la proposition :

Mon cher Directeur,

A tous les témoignages de solidarité et de sympathie confraternelles données au Dr Lafitte, je viens ajouter le mien.

Je connais Lafitte : il a été mon camarade à Montpellier et mon successeur à l'internat de Constantine ; pour moi ce confrère était incapable de commettre une mauvaise action et il est innocent.

En Assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, je fis, après l'avoir longuement motivée, la proposition suivante :

« L'Assemblée générale de l'Association de prévoyance, de la Loire et de la Haute-Loire, ayant pris connaissance du procès du Dr Lafitte et de ses suites injustifiées, convaincu que la pratique de la solidarité confraternelle est le premier de ses devoirs;

Considérant qu'un malheur immérité d'un membre quelconque du corps médical français ne saurait lui être indifférent ;

Propose à toutes les Associations de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, de voter, en faveur des quatre plus jeunes enfants du Dr Lafitte, une pension alimentaire et d'instruction, insaisissable, dont le montant sera déterminé par le *Conseil général*, pension qui leur sera servie annuellement jusqu'à leur majorité ;

Et comme sanction à ce qui précède elle vote la somme de ..., comme sa part contributive !! »

L'Assemblée générale, le 21 courant, m'a fait l'honneur, à l'unanimité, d'acclamer ma proposition, et comme sanction, elle a voté la somme de 100 fr. Si toutes les Associations locales de France en font autant, le sort des malheureux enfants du Dr Lafitte sera largement assuré.

Aussi, permettez-moi, cher confrère, de remettre entre vos mains le sort de ma proposition, en faveur de ces chers enfants qui deviendront ainsi les nôtres.

Et veuillez agréer, etc.

Dr STAGIENSKI.

M. Jeanne continue :

« La proposition Stagiensky a été acceptée et sa Société a voté la somme de 100 fr. pour sa part contributive annuelle.

Le temps ne me permet pas de vous lire l'exposé des motifs, si je puis ainsi parler, dont notre confrère appuyait sa proposition. Qu'il me suffise de vous dire que c'est un tableau absolument exact de la situation où se trouve M. le Dr Lafitte après sa grâce, et un plaidoyer très éloquent en faveur de la continuation du rôle de protection si bien rempli jusqu'à ce jour par le corps médical tout entier.

Mais notre confrère, après avoir vu l'activité dépensée en cette triste circonstance par M. Cézilly, au nom du Concours et de l'Association de la presse médicale, a cru ne devoir confier qu'à notre Directeur le soin de grouper encore une fois les associations médicales en vue de la réalisation de son idée.

Nous voici donc, encore, en présence d'une noble tâche à remplir. Et comme le comité de Direction désire s'y donner corps et âme avec votre assentiment, il m'a chargé de rechercher quels moyens devaient vous être proposés dans ce but.

D'après les renseignements certains pris à la source la plus autorisée, la pension alimentaire et d'instruction des quatre enfants Lafitte devrait se monter à 2,400 fr. pour chacune des années 1895 et 1896 et à 1600 pour chacune des trois années suivantes : elle s'éteindrait justement avec le siècle au 1er janvier 1900.

Nous avions d'abord songé, chers confrères, à demander à toutes les Sociétés une participation proportionnée au nombre de leurs membres.

Mais nous savons que les ressources très inégales dont disposent ces sociétés se seraient mal accommodées de ce système de répartition.

Il est donc plus juste au fond, plus pratique également, de demander d'abord aux Associations les moins fortunées, quelle contribution elles peuvent apporter à cette touchante et inoubliable manifestation. Nous retournant ensuite vers l'Association générale et les Sociétés locales dont l'avoir est aujourd'hui considérable, nous les prierons de parfaire les sommes reconnues nécessaires.

Si tel est aussi votre avis, chers confrères, nous vous demanderons :

1° D'autoriser le conseil de Direction à entrer au plus tôt en relations avec les autres Associations professionnelles en vue du résultat que nous venons d'indiquer ;

2° De féliciter M. le Dr Stagienski et la Société de Loire et Haute-Loire de leur heureuse initiative ;

3° De soutenir la proposition au sein des Sociétés locales dont vous êtes membres. »

M. le Dr *Toussaint* propose que chaque membre du Concours soit invité à s'engager à verser, chaque année, une très modique somme jusqu'en 1900. La proposition n'est pas acceptée. M. Cézilly lui fait observer qu'il pourra la reprendre sous une autre forme, au moment du budget. M. le Dr Maurat, membre du Conseil de Direction, n'est pas d'avis qu'on impose les membres du Concours et que la Société du Concours, qui a déjà recueilli plus de 6,000 fr., sur lesquels elle en a fourni cinq cents, soit de nouveau mise à contribution. M. le Dr Godin, de Tonnay-Charente, assesseur, appuie l'idée de faire intervenir toutes les Associations et notamment l'Association générale; chacun défendra la proposition dans sa Société locale. M. Toussaint et M. Cézilly insistent sur la détresse d'une famille nombreuse d'innocents.

L'Assemblée émet le vœu suivant :

« Les membres du Concours, réunis en Assemblée générale, expriment le désir que chacun dans les sociétés dont il fait partie fasse ses efforts pour que l'exemple de la Société locale de la Haute-Loire soit suivi par toutes les autres Associations médicales professionnelles et elle charge le Conseil de Direction des mesures à prendre pour y réussir. »

M. Cézilly prend de nouveau la parole pour lire des passages d'une lettre de remerciements qui lui a été adressée par M. le Dr Lafitte.

Rosny, le 16 novembre 1894.

Monsieur le Directeur,

« Je voudrais pouvoir remercier personnellement et individuellement, tous ces confrères généreux et dévoués, qui se sont groupés autour de vous, ont obtenu pour moi, de haute lutte, la victoire morale, et y ont ajouté par surcroît une réparation matérielle et effective.

Cette tâche était au-dessus de mon pouvoir et de mes forces, je vous prie de vouloir être encore pour une fois mon porte-voix et mon interprète, pour leur dire à tous, les sentiments dont mon cœur est pénétré, et que ma voix est impuissante à exprimer.

C'est une dette sacrée du souvenir et de reconnaissance : et j'emporterai jusque dans la tombe le regret de ne pas vivre assez pour l'acquitter.

J'en léguerai la charge à mes enfants, qui n'oublieront jamais ce que le corps médical sut faire en ce jour, et pour leur père indignement accusé, et pour eux-mêmes, innocentes victimes de cette monstrueuse erreur.

Veuillez agréer, etc. Dr LAFITTE.

(*Applaudissements.*)

Ordre des médecins.

Nous avons de nouveau reçu, de plusieurs membres du Concours et notamment de M. le Dr Lelièvre, de l'Orne, des lettres dans lesquelles ils expriment le vœu de cette création. Il est superflu de répéter qu'elle n'est pour le moment, au pouvoir de personne, puisque l'ordre des avocats, qui servirait de modèle, ne paraît pas très en faveur et a subi de violentes attaques.

Si M. le Dr *Lasalle* était venu, cette année, à notre assemblée, il aurait pu nous dire, lui qui était partisan de cette œuvre, si, à son sentiment, la question a fait quelques progrès et en quel sens. On lui transmettra les lettres sur ce sujet.

Une profession, voisine de la nôtre, celle des pharmaciens, est entrée dans cette voie, en 1892. Elle a constitué une chambre disciplinaire, sur la proposition repoussée d'abord en 1891, puis acceptée en 1892, qu'en avait fait un honorable pharmacien, M. *Fiévée*, à la Société de prévoyance et Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine.

Jusqu'alors, les pharmaciens, comme les médecins, manquaient de base légale, fondamentale pour les chambres de discipline.

Cette base est le jugement du *Tribunal de Villefranche* qui dit : « Attendu que le Syndicat des pharmaciens du Rhône a intérêt et qualité pour intervenir ; qu'il y a lieu, dès lors de l'admettre.

Attendu qu'il justifie suffisamment qu'un tort moral léger lui a été causé et dont P. (un pharmacien) lui doit réparation ;

Par ces motifs, condamne P. à lui payer 50 francs de dommages et intérêts. »

Avec cette base légale, les pharmaciens ont pu constituer leur chambre de discipline qui vise la répression de l'exercice déloyal de la pharmacie ... par les membres de la profession pharmaceutique.

Serait-il possible, aux médecins, s'ils voulaient suivre cet exemple, de trouver, eux aussi, une base légale, pour réprimer les fautes de conduite des médecins. Ce serait sûrement plus difficile, puisque les écarts de conduite des pharmaciens, les uns vis-à-vis des autres, se traduisent souvent par des faits matériels (falsifications, mauvaise qualité des produits, etc.), et que chez nous il s'agit surtout de réprimer les manquements à la dignité professionnelle, que les pharmaciens ont été obligés d'écarter du domaine de leur chambre disciplinaire à leur grand regret.

Mais c'est une vue nouvelle que je tenais à soumettre aux partisans du conseil de l'ordre des médecins, afin qu'ils puissent essayer de la développer. (*Assentiment général*).

Service des sérums curatifs et préservatifs de la dipthérie

M. *Cézilly* :

Le *Concours médical* s'efforce d'être le fidèle interprète de vos aspirations. Son premier but est de vous rendre tous les services en son pouvoir, au double point de vue scientifique et professionnel.

Il vient de se produire un fait médical considérable : Le médecin est tenu, désormais, pour la diphtérie, et sera bientôt amené, espérons-le, pour d'autres maladies redoutables, à administrer des sérums *curatifs* ou *préservateurs*.

Cette grande découverte va se traduire par l'organisation, sous le contrôle de l'Etat, d'un ou plusieurs instituts, chargés de la préparation de produits dont les qualités ne puissent être suspectées. Cette période précédera peut-être celle de la liberté de la fabrication. Vous pouvez être certains, Messieurs, qu'en ce qui concerne les analyses et la transmission rapide du sérum *Roux*, le journal s'organisera de manière à vous éviter toute dépense et toute perte de temps préjudiciables à l'application de la méthode.

Le *Conseil de direction*, à cette occasion, a proposé à l'Assemblée d'adresser, à M. le Dr Roux, le tribut des hommages qui lui sont dus, par tous les médecins, pour les beaux travaux qui, une fois encore, sont venus honorer et maintenir au premier rang, l'immortelle école pastorienne. (*Applaudissements et adhésion unanimes.*)

Le Président ajoute alors :

Messieurs : Puisque nous rendons hommage à la science française, le *Conseil de direction* croit encore pouvoir vous demander s'il ne vous conviendrait pas de faire une autre manifestation : celle-ci est internationale, mais elle est liée à la précédente, par ce fait que l'un des plus éminents élèves de Pasteur s'appelle Metchnikoff. Il est Russe ; il assistait en 1893, avec M. Roux, au banquet franco-russe, que l'*Association de la Presse médicale française* offrit, à cette époque, avec un grand éclat, aux médecins de la flotte russe. Notre Société du Concours médical prit part à la fête offerte à nos amis en science et en politique. Ils viennent d'éprouver un deuil cruel et bien prématuré.

Voulez-vous, Messieurs, consentir à adresser à Saint-Pétersbourg, au bureau de la Société des médecins Russes, dans la personne de son Président, le Dr Wasily-Suttugin, la dépêche suivante :

Wasily-Suttugin, pt. Société médecins Russes, Saint-Pétersbourg.

La *Société du Concours médical* réunie en Assemblée générale, au Grand-Hôtel, 18 novembre, adresse à la *Société des médecins Russes*, l'assurance qu'elle prend la part la plus vive au deuil qui vient de frapper la Russie et que toujours elle sera de cœur, avec votre pays, dans toutes ses joies et dans toutes ses épreuves. (*Applaudissements.*)

La proposition sera mise à exécution.

Association amicale.

Tout à l'heure elle vient de se constituer d'une façon définitive, sur la base de calculs approfondis et d'une expérience préliminaire d'une année. Elle débute avec cent soixante-six adhérents et 50 demandes d'admission, qui vont porter le nombre de ses membres à plus de deux cents. Il faut rapidement atteindre celui de 300 qui donnera la possibilité de payer double cotisation pour recevoir 20 fr. d'indemnité par jour.

Notre Association amicale a une aînée, la Société *Lagoguey*, qui fonctionne seulement pour le département de la Seine et a conquis depuis sa fondation plus de trois cents membres et un capital de cent mille francs.

Nous lutterons avec elle d'émulation pour le bien et vous apprendrez, avec quelque satisfaction,

(1) Nous avons reçu, en réponse à l'hommage qui a été rendu par le Concours médical, à M. le Dr Roux, la lettre suivante :

Paris, le 20 novembre 1894.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je suis extrêmement touché des félicitations que vous m'adressez au nom des membres du Concours médical, et je vous prie de recevoir, pour eux, l'expression des sentiments reconnaissants de leur confrère, bien dévoué,

Dr Roux.

que notre Association amicale va avoir, demain, une émule, à l'usage d'une profession voisine de la nôtre.

L'Association de l'Ecole odontechnique, 3, rue de l'Abbaye, une des deux écoles dentaires, après examen des statuts de la Société Lagoguey et des nôtres, a décidé d'adopter, dans leur intégrité, ceux de notre *Association amicale*. J'ai fourni tous les documents, calculs, explications, et bientôt les dentistes seront pourvus en cas de maladie. Cette organisation ne sera pas la dernière; on nous demande, d'autre part, des renseignements et nous les fournirons avec empressement, comme nous les avons fournis à M. Ducournau, secrétaire de l'Association odontechnique. (*Adhésion.*)

Messieurs : Comme toujours, le temps nous presse ; nous aurions encore à traiter une foule de questions d'un haut intérêt professionnel ; Assistance publique ; Sociétés de Secours-Mutuels ; Service militaire des étudiants en médecine ; Gratuité des cliniques et dispensaires. Mais aucune ne vous est étrangère ; toutes ont fait l'objet de discussions approfondies, dans nos assemblées antérieures ; toutes ont été longuement étudiées dans le journal et, pour la plupart, leurs solutions ne sont pas près d'intervenir. Nous ne laisserons passer aucune occasion en 1895, de nous efforcer de les hâter en nous associant aux efforts de toutes les associations médicales et en recourant à l'intervention du groupe médical parlementaire. Nous aurons ce soir, un des députés qui, sur ma demande, ont bien voulu travailler à le reconstituer et qui ont réussi.

Nous avons fait cette année travail sérieux et tâche honorable. Nous nous efforcerons tous qu'il en soit de même l'année prochaine.

Il est grandement temps d'examiner notre budget et de décider l'application que vous voulez faire de nos ressources, qui ont servi surtout cette année à la mise en fonctionnement de l'Association amicale.

La parole est à M. le Dr Maurat, membre du Conseil de Direction, pour son rapport financier annuel :

Mes chers Confrères,

Vous avez tous pu lire dans le numéro du 3 novembre du *Concours médical*, le compte-rendu de la situation financière de notre société. Je vais, si vous le voulez bien, vous en donner de nouveau lecture avec quelques commentaires.

Vous y remarquerez que cette année, 117 adhésions nouvelles ont augmenté notre capital inaliénable de la somme de 1144 fr. 65, et si j'insiste sur ce chiffre, c'est qu'il prouve la voie prospère de notre société. Il dépend de vous que ce chiffre soit doublé et même triplé l'an prochain. Vous n'avez pour cela qu'à faire connaître, dans votre entourage, le *Concours médical*, et ses œuvres parlant pour lui, entraîneront, nous en sommes assurés, l'adhésion des confrères qui ne le connaissent pas encore. (*Vive adhésion.*)

M. le Dr Maurat donne lecture des comptes de l'année, qui sont approuvés.

Au chapitre des recettes vous avez vu figurer une somme de 659.92 provenant de droits sur les remplacements. Vous savez que l'administration du journal le *Concours médical* se charge de procurer dans la mesure du possible des remplaçants à ceux de nos confrères qui en manifestent le désir. Sur les sommes payées pour ces remplacements, le remplaçant abandonne à la société civile 5 % et le remplacé doit verser la même somme à notre caisse. La perception de ce dernier droit n'est pas absolument régulière et il s'est même trouvé un confrère, qui, à notre réclamation, a répondu :

« Je ne comprends pas qu'une Société confraternelle fasse payer ses services. » Notre confrère aurait raison, si l'administration s'attribuait cette somme ; mais il a tort, puisque le droit de remplacement qu'il verse vient alimenter notre caisse, uniquement destinée à des œuvres d'intérêt général. C'est au contraire de la confraternité bien comprise, puisque de la sorte le service rendu à l'un profite à tous. (L'assemblée consultée est d'avis de maintenir le droit de 5 0/0 imposé au médecin remplacé.)

Depuis la publication de ces comptes, M. le Dr Cezilly, notre toujours dévoué président a versé entre mes mains à titre de don personnel la somme de 300 fr., ce qui portait nos espèces disponibles à fr. 402,28 et trouvant ces disponibilités insuffisantes, il me prie, à l'instant, d'y ajouter 200 fr. ce qui porte son don à 500 fr. et nos disponibilités à 602.25.

Permettez-moi de lui adresser ici, en votre nom, tous nos remerciements. (*Applaudissements.*)

Projet de Budget.

Actif.	Avoir disponible	602 28
	Revenu du portefeuille (environ)	1057 72
	Droits sur les remplacements (environ)	700 »»
	Dons probables	140 »»
		2500 »»
Passif.	Frais supplémentaire de banquet	700 »»
	Frais de réunion et déplacements	500 »»
	Affectations à décider en séance	1300 »»
	Total général	2500 »»

Une discussion s'engage sur les affectations ; il serait trop long d'en reproduire les termes ; nous devons les résumer.

L'assemblée ayant décidé la fondation d'un prix de 500 fr. pour le meilleur ouvrage de déontologie qui sera présenté cette année et le Directeur du *Concours médical* ayant déclaré vouloir en fournir la moitié, une somme de 250 fr. est affectée à ce prix, ci 250

L'assemblée vote une subvention de 200 fr. à l'Association amicale pour être appliquée à l'impression et la large distribution de ses statuts 200

Elle vote une somme de 300 fr. destinée à rendre gratuits, jusqu'à épuisement de cette somme, les examens bactériologiques qui lui seront demandés par les sociétaires, pour l'application de la sérumthérapie 300

Elle vote ensuite, pour une durée de 5 années et pour chaque année en faveur des enfants du Dr Lafitte et pour assurer leur éducation, une somme de 200 fr. 200

Elle laisse à la disposition du Conseil d'administration une somme de 250 francs pour l'imprévu.. 350

Total des affectations : Fr. 1300

L'Assemblée applaudit à l'exposé de M. le Dr Maurat.

M. *Cézilly* clôt la séance en ces termes :

Messieurs : Le budget de 1895 est voté ; vous avez cette année confirmé par l'expérience et amélioré les bases d'une œuvre éminemment médicale et de bon aloi : l'Association amicale ; vous avez fait ce qui vaut mieux : un grand acte de bonne confraternité, en secourant efficacement la victime d'une erreur judiciaire, un confrère innocent. Notre année n'a pas été stérile ; allons, à table, accueillir nos invités et les médecins membres du parlement qui ont voulu honorer notre Société de leur présence à notre banquet. (*Applaudissements.*)

Après quelques instants de conversation générale, qui permettent aux membres du Conseil de Direction de recevoir les invités de la Société, les convives prennent place à la table immense du Salon du Zodiaque et ils font honneur au menu suivant du Grand Hôtel :

Potage : Consommé de Volaille à la Sévigné.

Hors-d'œuvre variés.

Relevés : Petites bouchées à la Victoria. — Truites saumonées sauce Mousseline.
Entrées : Filet de Bœuf à la Brillat-Savarin. — Poularde du Mans à la Godard.
Rôt : Faisans flanqués de perdreaux bardés sur Croustades. — Pâté de foies gras Grand-Hôtel. — Salade.
Entremets : Fonds d'Artichauds à la Lyonnaise. — Petits pois à la Française. — Turban d'Ananas à la Créole. — Gâteaux Génois.
Glace : Bombe Nélusko.
Desserts : Compotiers de fruits, Petits fours.
Vins : Médoc en carafes. — Chablis supérieur. — Saint-Julien. — Pomard. — Champagne.

Café et Liqueurs.

Au champagne, M. Cézilly se lève et porte le toast suivant :

Messieurs, chers Confrères,

En portant la santé des membres du Concours et de nos invités, je désire ajouter quelques mots.

Un écrivain de valeur, qui a quelque influence, parce qu'il parle avec cœur, vous rendait, dernièrement, hommage. Il qualifiait d'*admirable* la campagne que vous aviez faite en faveur de notre malheureux confrère, si sûrement innocent, si déplorablement condamné. Il vous félicitait de votre initiative ; il disait que rien ne se fait que par la *volonté* ; qu'elle seule mène le monde ; que l'effort reste à l'actif de qui le tente, comme une preuve virile, un témoignage de vitalité. Il disait que la défaite, due souvent au hasard, gagne les revanches prochaines, ne démonte que les veules et stimule les forts.

Il disait que lorsqu'on combat, la victoire est préférable ; mais qu'en cas de défaite, l'essentiel est de s'être bien battu ; d'emporter, de la mêlée, le contentement de soi, l'estime de l'adversaire et, surtout, la sensation de s'être dépensé, d'avoir fait tout son effort.

Il proclamait que ce qu'il faut haïr, c'est la neutralité, l'abstention, l'indifférence : ce qu'il faut louer, c'est la *passion d'entreprise* ; voilà un programme, il est depuis longtemps celui de notre *libre Société du Concours Médical.* (*Applaudissements.*)

Dans la campagne dont il s'agit, nous avons été vaincus en cassation ; c'était la véritable victoire à remporter ; notre défaite est due au hasard, au peu de temps dont on pouvait disposer, à l'absence des gens les plus qualifiés pour représenter le corps médical. Nous avons réussi à faire accorder la grâce au confrère, comme on la fait comme on la doit, à un innocent, sans délai et entière. Nous avons en outre fait les efforts de réparation matérielle que méritaient les circonstances et que vous venez tout à l'heure de compléter par les propositions de coopération générale, soumises à toutes les Associations médicales professionnelles.

Elles sont nombreuses : je veux les nommer par ordre d'ancienneté en votre présence : Association de la Seine, Association générale, Concours Médical et avec lui toutes les Associations dues à son initiative : *Syndicats médicaux, Caisse des pensions de retraite des médecins Français, Union des Syndicats médicaux de France, Société de protection des victimes du devoir médical, Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, Association amicale pour l'indemnité en cas de maladie.*

A côté de nous encore la Société Gallet-Lagoguey ; le Conseil général des Sociétés d'arrondissement, l'Association de la presse médicale Française et d'autres que peut-être j'oublie.

C'est-à-dire, Messieurs, que notre profession est pourvue de moyens d'action et nous espérons qu'une autre association récente, le groupe médical des deux Chambres, viendra les compléter par sa haute influence.

J'ai nommé toutes nos Associations, parce que je voulais constater, ce soir, que la défense heureuse d'un confrère innocent est due à un mouvement corporatif, puisant sa valeur et sa force dans nos groupements medicaux, qui, tous, y ont pris une part plus ou moins grande, à côté de l'*Association de la Presse médicale Française*, dont nous avons l'honneur d'avoir le président à notre table, ainsi que mon cher collègue, le Secrétaire général de l'œuvre M. le Dr Marcel Baudouin.

Je vous invite Messieurs, à boire, avec moi, au développement de toutes les Associations médicales de France et à leur prospérité pour le bien de tous les médecins. (*Applaudissements.*)

Toast de M. Cornil.

Messieurs et chers confrères,

Je me lève pour porter un toast au *Concours médical* et à son président M. *Cézilly*. Vous avez groupé autour de vous un nombre considérable de médecins soucieux autant de la dignité et de l'honorabilité de la profession, que de ses intérêts bien entendus. Vous avez contribué à fonder la caisse des retraites ; vous avez institué une caisse d'indemnité en cas de maladie qui fonctionne le mieux du monde. Vous avez créé nombre d'autres Sociétés prospères et vous avez donné l'élan aux Syndicats médicaux. Rien n'est meilleur pour nous que l'*Association*, cette réunion des médecins épars, sans autorité dans leur isolement et qui deviennent une force considérable par leur groupement, par leur concentration.

M. le Dr Cézilly a été l'un des apôtres de cette idée. J'en juge par ce qu'il a fait dans la création de

notre *Syndicat de la Presse médicale*. Il a été l'initiateur et le fondateur de l'Association des journaux médicaux, qui réunit à peu près toutes les meilleures publications périodiques. C'est en qualité de son collègue, comme syndic de la Presse médicale, que je suis heureux de me trouver à côté de lui, au milieu de vous. Et là, Messieurs, nous avons éprouvé, dans un fait récent, à propos de la condamnation du Dr *Lafitte*, tous les bienfaits de notre association. Là encore c'est M. *Cézilly* qui a mené la campagne et fait tout le nécessaire. J'étais en effet, pour mon compte, en province, à la campagne et n'ai eu qu'à signer les protestations de l'innocence de notre confrère M. Lafitte. L'appel de M. Cézilly adressé par la voie de la presse, à nos confrères de Paris et des départements, a été entendu et appuyé par un nombre considérable de signataires. Nous n'avions après cela, qu'à faire les visites personnelles à M. le Ministre de la Justice et à M. le Président de la République. Pour défendre M. le Dr Lafitte, pour faire valoir toutes les raisons qui militaient en faveur de son innocence, il n'était pas nécessaire d'être éloquent ; il suffisait de faire parler les faits, de les exposer, de citer les rapports même des experts, d'être convaincus, comme nous l'étions, de l'injustice de sa condamnation, pour obtenir gain de cause. Nous avons été assez heureux pour obtenir une grâce complète, ce qui a été une des plus douces satisfactions de ma vie ; nous devons en reporter toute notre gratitude à M. le Président de la République qui n'a pas hésité, après une rapide étude du dossier, à prononcer quelques jours après la grâce totale. C'est là, mes chers confrères un des exemples les plus récents qu'on puisse citer, en faveur de l'utilité, de la nécessité pour nous d'être unis, de constituer des Sociétés comme celles que vous avez fondée sous la présidence du Dr Cézilly. Je bois aux membres du *Concours médical* et à votre président. (*Applaudissements répétés*).

Toast de M. le Dr Maurat.

Chers Confrères,

Il est un fait digne de remarque, c'est que notre société du Concours Médical qui, dans sa fête annuelle, nous réunit tous, pressés autour de cette table, est, ainsi que toutes les œuvres qui découlent d'elle, le résultat de l'*initiative individuelle*. Par ces temps de protection à outrance, le fait n'est pas banal. (*Rires.*)

Le journal *Le Concours Médical*, votre *Société civile* qui lui tient de si près, *la Caisse des pensions de retraite, la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, les Syndicats, la Caisse des victimes du devoir*, enfin, notre Benjamin, *l'Association amicale en cas de maladie*, toutes ces œuvres ont été créées par vous et avec vos seules ressources.

Elles ont, toutes, pour but l'amélioration morale et matérielle de notre profession, et je ne puis passer en revue cette longue suite de créations utiles, sans m'incliner vers leur initiateur et sans remercier, au nom de la profession médicale, notre cher Dr Cézilly qui en est l'âme. (*Vive approbation.*)

On aurait pu croire que le gouvernement, en présence de tant de bonnes volontés mises au service d'une si bonne cause, aurait eu, le cas échant, toutes les bienveillances pour notre profession utile, libérale et éclairée, et aurait été disposé à nous faciliter notre tâche. Je vous surprendrai donc fort en vous disant que, malheureusement, il n'en est rien et que, parfois, les obstacles que nous rencontrons viennent de lui. Je vous en fais juges :

Vous avez fondé, cette année, notre association amicale en cas de maladie, vous en avez discuté les statuts avec soin, rien n'est soumis au hasard, tout est calculé, tout est fini, pensez-vous. — Hélas, il ne manque plus qu'une autorisatipn du gouvernement et c'est ici que le Calvaire commence.

En 1884, lors de la création de la Caisse des pensions de retraite, nous avions obtenu, sans difficultés, de M. Waldeck-Rousseau, alors ministre de l'Intérieur, l'autorisation que nous lui avions demandée et nous pensions que pour notre association amicale la même formalité ne présenterait pas davantage de difficultés à obtenir. — Quelle erreur ! après des mois d'attente, des pas, démarches, contre-marches, demandes d'audience et explications nous obtenons, enfin, de M. le Ministre de l'Intérieur cette réponse : « *Mon département n'a pas qualité pour traiter cette affaire*. Vous pouvez vous constituer sous la forme de « Société civile de Société de Secours mutuels, voire même de Syndicat ». Mais pour l'autorisation ministérielle (comme dans la chanson du Pendu de Mac-Nab), *ce n'est pas de notre ressort*. (*Rires.*)

En vain nous nous débattons : la forme de Société de Secours Mutuels est très onéreuse et entraîne des formalités sans nombre, nous n'en voulons pas — la forme Syndicale peut ne pas plaire à tous et écarter un certain nombre d'adhérents ;—enfin nous avons obtenu en 1884 l'autorisation ministérielle pour une société semblable et ce qui était légal hier ne peut pas être illégal aujourd'hui. Rien n'y fait, toujours même réponse et si quelque bienveillant génie ne vient pas nous prendre par la main, pour nous guider dans ce dédale, nous risquons fort de n'en jamais sortir.

J'espérais avoir le plaisir de voir, ce soir, à notre table M. le sénateur Trarieux qui, bien des fois déjà, a joué pour le corps Médical ce rôle de bon génie et je lui aurais alors demandé, en votre nom à tous, de vouloir bien nous donner ses Conseils et nous prêter, encore une fois, l'invincible appui de son grand savoir et de son éloquence entraînante. A son défaut je demanderai à Messieurs les sénateurs et députés présents à notre réunion et en particulier à M. le député Pédebidou, à l'initiative de qui nous devons la reconstitution du Groupe Médical parlementaire, de vouloir bien nous prêter leurs bons offices, en cette circonstance.

Messieurs, quelles que soient les difficultés accumulées sur la route, forts de votre propre force, ceux auxquels vous avez bien voulu confier la direction de votre société continueront à marcher d'un pas assuré dans cette voie d'initiative privée, seule capable de rendre une corporation puissante, respectée et indépendante. Je lève donc mon verre et je bois au groupe médical parlementaire. Je bois aussi à la prospérité de nos œuvres et au développement de l'initiative individuelle dans le corps médical. (*Applaudissements répétés.*)

Toast de M. le docteur Pedebidou, député.

Mes chers confrères,

L'aimable docteur *Maurat* a bien voulu évoquer ma modeste personnalité ; il a rappelé la part que j'ai prise à la reconstitution du *groupe médical parlementaire*. Qu'il me permette d'accepter ses éloges sous bénéfice d'inventaire. C'est avec la collaboration du Dr *Cézilly* que j'ai mené à bien cette entreprise ; stimulée par son infatigable dévouement à la grande famille médicale, mon initiative a été couronnée de succès. Peut-on s'en étonner, quand on sait que la plupart des médecins qui appartiennent au Parlement en ont forcé les portes, grâce aux sympathies acquises par l'exercice même de notre profession ?

Aucun de nos collègues du Sénat et de la Chambre ne me démentira ; nous sommes acquis à toutes les revendications du corps médical ; chacun de nous a le droit de paraphraser le mot du comique latin et de dire :

Medicus sum ; nil medicorum a me alienum puto.

je dois un double remerciement au Directeur du Concours médical, pour le double plaisir qu'il nous a procuré aujourd'hui. Nous avons eu, ce matin, l'heureuse fortune d'entendre la parole savante d'un jeune maître de nos hôpitaux, M. le docteur Le Gendre, et ce soir, j'assiste à ce banquet fraternel où sont accourus des médecins de tous les points de la France, heureux d'échapper pendant quelques heures aux fatigues de la profession et de venir retremper leurs forces et leur zèle dans cette cordiale réunion.

Messieurs, je lève mon verre et je bois à la prospérité du Concours médical et à la santé de son vaillant Directeur, de l'apôtre de toutes les revendications légitimes de nos frères en médecine ! Au docteur Cézilly ! (*Applaudissements*).

Toast de M. le Dr Jeanne.

Messieurs et Chers confrères,

Notre excellent ami Gassot, retenu, ce soir, loin de nous, par les tristes circonstances que vous savez, avait l'habitude de lever ici son verre tous les ans à la révision de la législation médicale.

Afin de ne pas interrompre sa tradition, voulez-vous me permettre de le suppléer aujourd'hui, le mieux possible.

Et dans ce but, je rappellerai à nos confrères législateurs que nos intérêts sont toujours gravement en jeu dans la discussion de la *loi sur l'exercice de la pharmacie*, et que celle-ci soulève, pour bon nombre d'entre nous, la question du gagne-pain. Puis je répéterai ce que nous disions tantôt en séance, que les deux *lois de l'assistance* et *de la protection de la santé* publique n'auront d'utiles conséquences, que si, dans leur application, l'accord s'établit intime, incessant et complet entre le corps médical et l'Administration.

Mais Gassot remplissait de plus une tâche agréable dans nos banquets, et je me garderai bien de la négliger.

Il remerciait chaleureusement tous ceux qui avaient défendu nos intérêts à la tribune nationale, dans les commissions et partout où les pouvoirs publics avaient eu à s'occuper de nous.

A son exemple, chers confrères, en votre nom et au nom des absents, je porterai donc la santé du *groupe médical parlementaire* qui vient de se reconstituer et dont vous avez tout à l'heure entendu les promesses ; la santé aussi de ceux qui combattent avec lui ; tout particulièrement la santé de ceux qui ont bien voulu honorer ce soir de leur présence notre confraternel banquet. (*Applaudissements*.)

Toast de M. le Dr Cosmao-Dumenez.

Mes chers Confrères,

Puisqu'on vient de mettre en cause les médecins du Parlement, je me crois obligé de prononcer aussi ma petite allocution.

Une des questions qui préoccupe le plus les médecins de la région que j'habite et qui vous préoccupe probablement tous, est celle de la loi en projet, sur l'exercice de la pharmacie et qui sera très prochainement discutée au Sénat, pour nous revenir ensuite. Elle contient à l'article 14 un paragraphe que nous voudrions tous voir disparaître ; c'est celui qui autorise les pharmaciens à associer entre elles des substances simples pour en composer par exemple des potions, des pilules, des liniments, leur donner toutes les formes pharmaceutiques qu'il leur conviendra. J'estime qu'il y a là un danger et je crois en outre que c'est laisser la porte largement ouverte à l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens, à tous les abus.

J'ai lu ce matin le rapport récemment exposé au Sénat par notre honorable maître M. Cornil et je lui ai fait connaître, avant dîner, mon intention de combattre cette partie de l'art. 14, si elle revient dans le texte transmis à la Chambre.

Vous pouvez être convaincus, mes chers confrères, de toute ma sollicitude pour nos intérêts professionnels ; en les défendant, j'aurai aussi donné satisfaction à notre confrère M. Jeanne, et je termine, en levant mon verre en votre honneur. (*Vifs applaudissements*.)

Toast de M. le Dr Taulier, Sénateur.

M. Taulier exprime tout le plaisir qu'il éprouve à constater l'esprit de bonne confraternité qui anime les médecins, esprit auquel le Concours a tant contribué, depuis sa fondation en 1879. Il souhaite que le beau banquet du 18 novembre compte l'année prochaine encore plus d'assistants, si c'est possible. Il promet d'y revenir et d'y amener ses amis. Il boit à la prospérité du Concours médical et de ses œuvres.

Ce toast est très chaleureusement applaudi.

Toast de M. le sénateur Laurens.

Depuis sa fondation, par notre vaillant Président, j'ai l'honneur d'appartenir à la société du Con cours médical, qui a pris en main la défense de nos intérêts professionnels avec un talent, un esprit de suite et un dévoûment peu communs.

Je n'ai cessé de suivre, avec soin, ses progrès et ses succès. J'ai applaudi aux nombreuses créations dues à son initiative, mais de loin seulement, de très loin, sans avoir pu, jusqu'à ce jour, saisir l'occasion de me trouver au milieu de vous.

Aussi est-ce avec autant d'empressement que de véritable joie, que j'ai accepté l'invitation si aimable, dont je vous remercie de grand cœur, parce qu'elle me procure le plaisir de retrouver dans ces agapes confraternelles, des amis, d'anciens condisciples, et des maîtres vénérés, venant fortifier l'association de leur haute et légitime influence, et parce qu'encore elle me procure le plaisir de vous dire, de vive voix, combien vous pouvez compter sur mon modeste, mais sûr dévouement.

En vous assurant de mon appui, je ne fais du reste que suivre l'exemple d'un médecin dont la mémoire vous est chère, d'un homme dont les électeurs de la Drôme m'ont confié la succession au Sénat, de celui qui a présenté au Parlement et défendu la loi sur l'exercice de la médecine. (*Applaudissements*.)

Si un jour, je fus son concurrent devant le corps électoral, je n'ai cessé de partager, à son égard, les sentiments d'estime profonde de tous ses compatriotes au milieu desquels, comme au milieu de vous, le docteur Chevandier a laissé un souvenir qui ne s'efface pas

Dans les joies de cette fête de famille, permettez-moi de ne pas oublier les absents et particulièrement nos confrères les médecins de campagne, ces milliers de médecins que, pour ne pas les appeler les martyrs, j'appellerai les héroïques de notre profession, parce qu'ils ne reculent devant aucune fatigue, devant aucune peine, pour accomplir leur devoir.

Nuit et jour, par monts et par vaux, malgré les intempéries, ils portent les soins, le soulagement ou la guérison, à nos braves paysans, les rudes travailleurs de la terre.

C'est pour eux surtout que le *Concours médical* est une institution utile, joue le rôle de protecteur énergique et vigilant.

Buvons, chers confrères, aux médecins des campagnes et au *Concours médical*. (*Applaudissements unanimes.*)

Toast de M. le Dr Rigabert (de Surgères).

Notre confrère se lève, et, en termes très chaleureux, il remercie M. le Dr *Le Gendre* de sa conférence du matin, sur la sérumthérapie. Il rappelle l'époque, où pendant des années, les lecteurs du *Concours* avaient plaisir et profit à lire les remarquables revues de M. Le Gendre sur tous les sujets médicaux ; il espère que le journal continuera à faire profiter ses lecteurs des instructives leçons du jeune maître. Il boit à la santé de M. Paul Le Gendre.

Ce toast est très chaleureusement accueilli et M. Le Gendre se lève à son tour.

Toast de M. P. Le Gendre.

En termes choisis, il rappelle la date, déjà bien lointaine, où il a commencé à collaborer au *Concours médical* ; il dit qu'il y a trouvé profit personnel, parce qu'il était obligé de s'appliquer à mettre au point, à présenter d'une façon claire et concise les sujets qu'il voulait élucider ; qu'il y a trouvé plaisir, à cause des relations agréables qui se sont établies entre ses lecteurs et lui. Il termine en faisant l'éloge de la rédaction actuelle du journal et il boit à la santé des rédacteurs du *Concours médical*. (*Applaudissements répétés*).

A ce moment, on quitte la table et on passe dans les salons, où sont servis café et liqueurs et les conversations s'engagent. Le ton de la cordialité, de la camaraderie, de la bonne confraternité est la note unique de ces entretiens et ils sont intéressants, puisque minuit approchait, lorsqu'on est obligé de se quitter, en se promettant de se retrouver à l'Assemblée générale de 1895.

Parmi les assistants aux Assemblées et parmi les convives du banquet nous avons pu noter :

MM. Rigabert (de Surgères), Jardin (d'Auray), Archambaud (de Paris), Treille (de Lavaveix-les-Mines), Armand (d'Albertville), Chamoin (de Paris), Duchein (de Seine-Port), David (de Claye-Souilly), Pannetier (de Triel), Lacoste (de Senonches), Huguenin (de Paris), de Grissac (d'Argenteuil), Charnaux père et fils (de Vichy), Hervouet (de Paris), Moreau (de Versailles), Courgey (d'Ivry), Beuve (de Dammartin), Laurent (de Cosne), de la Rochefordière (de Paris), Rigaud (de Cauterets), Gaudin (de Tonnay-Charente), Remaux (de Dunkerque), Giberton (de Jouy-en-Josas), Traill (de Lille), Richard (de Lille), Lepoutre (de Roubaix), Maire (de Paris), Chopinet (de Crépy-en-Valois), Mordagne (de Tourny), Petitjean (de Jouarre), Bellencontre (de Rouen), Rousseau (de Conflans Sainte-Honorine), Tacchella (de Stains), Puy-le-Blanc (de Royat), Bellencontre (de Paris), Rayneau (d'Orléans), Heurteau (de Fay-aux-Loges), Durand (d'Arcueil), Lorin (de Paris), Grognot (de Milly), Sutils (de Chapelle-la-Reine), Guenot (de la Roche-en-Breuil), de Chateaubourg (de Paris), Marais (de Honfleur), Ribard (de Meudon), Mourret (de Paris), Bilhaut (de Paris), Tartarin (de Bellegarde), Tachard (de Colombes), Tison (de Paris), Ribard (de Paris), Henri Cézilly, Vigouroux (de Paris), Chevandier (de Paris), Bourguet (de Sommières), Duhourcau (de Cauterets), Letang (de Paris), Chevallereau (de Paris), G. Berne (Paris), P. Berne (Paris), Bouyer (Paris), Aguilhon de Sarran (Paris), Rol (de Bois-Colombes), Gauthier (de Magny-en-Vexin), de Fourmestreaux (de Versailles), Cachet (de Domfront), Plateau (de Paris), Legrand (de Paris), Lepage (de Paris), Gilles (de Garches), Groussin (de Bellevue), Delefosse (de Paris), Dunogier (de Bordeaux), Ledé (de Paris), Toussaint (d'Argenteuil), Bérillon (de Paris), Laburthe (de Paris), Pasquet (de Paris), Clochepin (de Paris), Chevalier (de Compiègne), Leroy (de Noyon), etc.

STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

Modifiés et votés en Assemblée générale de 1885

Article premier. — Il est fondé une société entre : d'une part, le Dr Cézilly, fondateur du *Concours médical*, et d'autre part, tous ceux qui adhéreront aux présents statuts, d'après le mode indiqué à l'article 16, ci-après.

Art. 2. — Cette société se dénomme : *Société civile du Concours médical.*

Son siège est à Paris. — Sa durée est illimitée.

Art. 3. — La Société a pour objet l'étude et la mise en pratique des œuvres reconnues utiles à la profession médicale.

Art. 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus devant une Faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

Art. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

Art. 6. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

Art. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au Directeur.

Art. 8. — Le sociétaire qui se retire ou qui est l'objet d'une exclusion, perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication.

Art. 9. — Le fonds social se compose :

A. De la somme de 30.000 *francs*, ci-dessus énoncée (cette somme s'élève en 1894 à 36.000 *fr.*).

B. Des revenus de ladite somme.

C. De tous les dons faits au profit de la Société, en un mot de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

Art. 10. — Le fonds social ne peut en aucun cas, être distribué entre les sociétaires, par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et, en tout cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affectée, par cette Assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires dans un but de solidarité et de confraternité.

Art. 11. — Le docteur Cézilly est directeur de la Société, conformément à l'article 1855 du code civil.

Art. 12. — Près du Directeur est institué un *Conseil de Direction* composé de *trois membres*, nommés par l'Assemblée générale, sur la présentation du Directeur. — Sous la présidence du Directeur, ce Conseil dirige la Société, et administre les fonds. — Les fonctions de ses membres sont gratuites ; mais ils reçoivent un jeton de présence dont la valeur est fixée à 20 fr. — Le Conseil siège au moins trois fois l'an. — Il exécute les décisions de l'Assemblée générale, et il adresse, à l'Assemblée générale, un rapport annuel sur la situation morale et matérielle de la Société.

Art. 13. — Chaque année, a lieu une assemblée générale des sociétaires : cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

Art. 14. — L'Assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents, quel qu'en soit le nombre.

Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

Art. 15. — L'adhésion aux présents statuts est constatée par la signature d'une *formule d'adhésion* aux statuts et par le versement d'un droit d'entrée de 10 francs, destiné à accroître le *fonds social*. Ces formalités remplies, sa carte de sociétaire lui est expédiée (1).

Art. 16. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts, ni aux conventions qui les précèdent, que du consentement des parties contractantes, savoir :

Le Directeur du *Concours médical*, propriétaire du journal, d'une part ;

Et d'autre part la *Société civile du Concours médical*.

Art. 17. — Les modifications dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

Art. 18. — Les présentes ont été soumises à l'examen et à la ratification de *l'Assemblée générale* du 9 août 1885. Les délibérations ont été prises, dans cette assemblée, à la majorité absolue des membres présents, et les décisions sont obligatoires pour tous les adhérents.

Art. 19. — Le *journal* le *Concours médical* est l'organe de la *Société du Concours médical* ; mais les

(1) Conformément à la décision de l'Assemblée générale du 7 novembre 1886 et sur l'offre du Directeur du Concours, chaque adhérent nouveau peut se dispenser de verser son droit d'entrée à la Société, s'il s'abonne au journal, le Directeur du journal faisant abandon, à la Société, du prix de la première année d'abonnement.

membres de la Société ne sont pas tenus de devenir les abonnés du journal. — Celui-ci adresse aux membres de la Société, non abonnés, les numéros contenant le compte rendu des *Assemblées* et des *actes*.

Art. 20. — A dater de ce 10 août seulement, les nouveaux adhérents de la *Société du Concours médical* auront à payer le droit d'entrée ci-dessus spécifié.

SOUSCRIPTION LAFITTE.

Septième liste.

MM. les docteurs :

Chauvenet (Plombières-les-Dijon)	3
Bousquet (Valbonne)	5
Desmaroux (Huriel)	10
Syndicat de Boulogne-sur-Mer	100
Grandjean (Conflans en Jarnisy)	5
Société médicale de Boulogne-sur-Mer	100
Syndicat de Libourne	50
Dubiau (Bellevue)	10
Peyrot, *chirurgien de l'hôpital Lariboisière*	20
Total de la 7e liste	303
Total des listes précédentes	5.875

M. Brouardel, doyen de la Faculté, nous a raconté les incidents de son intervention à la dernière heure, auprès du Président de la République. Il a dû lui exposer les inconcevables lacunes de l'instruction de l'affaire, par le juge de Mantes qui, dans deux circonstances antérieures avait mis dans un grand embarras les médecins experts. Cet exposé aurait fait disparaître les dernières difficultés de la grâce. M. le doyen a ajouté qu'il désirait participer à la souscription et nous a remis à cet effet une somme de 40 francs, qui porte à 6,218 fr. les sommes reçues à ce jour par le *Concours médical*.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Conseil général d'Alger a voté 500 francs comme contribution à la souscription pour l'érection d'une statue au Dr Maillot sur la place publique de Briey, sa ville natale.

En outre, à l'unanimité, il a été émis le vœu que la France continue à Mme Maillot, la pension nationale accordée à son mari.

— Le Conseil général d'Alger a voté, à l'unanimité, une somme de deux mille francs affectée à l'institut antidiphthérique qui fonctionnera dans le local de l'institut antirabique.

Cette somme votée permettra de faire l'achat de deux chevaux et de payer les frais de leur entretien.

En outre, la commission départementale est autorisée à ouvrir de plus larges crédits, s'il est nécessaire.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3954. — M. le docteur Barthés, d'Ivry (Seine), présenté par M. le docteur Courgey, d'Ivry.

N° 3955. — M. le docteur Collinet, de Saint-Porchaire (Charente-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Roulland, père, de Niort, membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 49 8 Décembre 1894

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Contagiosité de la Coqueluche.

Personne ne songe à mettre en doute la contagiosité de la coqueluche ; mais un point resté obscur dans cette question d'étiologie, c'est l'époque de la maladie à laquelle correspond le maximum de contagiosité. M. le Dr *Veill*, de Lyon, à la suite de nombreuses recherches cliniques et statistiques, croit pouvoir dire que c'est au début seulement que la coqueluche est contagieuse :

Voici en quelques mots, sur quels faits M. Veill base son affirmation :

« 29 coquelucheux mis dans la salle d'hôpital en contact, sans tentative d'isolement, avec 339 enfants, n'ont fourni aucun cas de contagion. Il faut cependant éliminer les enfants qui avaient déjà eu la coqueluche. Nous avons éliminé tous ces cas et avons atteint un chiffre de 210 enfants. Aucun n'a été atteint. Nous avons pris 20 jours comme minimum de durée de séjour dans la salle; il est encore resté 123 enfants ayant passé plus de 20 jours dans la salle.

« Bien plus, j'ai encore éliminé les enfants au-dessus de 7 ans, qui ont très rarement, à partir de cet âge, la coqueluche.

« Plus encore, j'ai éliminé tous les enfants qui ont passé, toujours couchés, leur séjour dans la salle et qui ont eu peu de contact avec les coquelucheux.

« Arrivé au terme extrême de cette générosité statistique, il reste 34 enfants qui, susceptibles de prendre la coqueluche, ne l'ont pas prise.

« J'ai également éliminé, du côté des coquelucheux, ceux qui sont restés couchés, ceux arrivés à une période tardive. J'élimine par suite 14 cas de coqueluche, mais il en reste 15 qui ont séjourné pendant tous les mois de l'année. Depuis le premier jour où la coqueluche s'est développée, nous avons eu des coqueluches de tous genres. Malgré cela, la contagion ne s'est pas faite. Je suis donc obligé, non pas de conclure d'une façon formelle, mais de formuler une hypothèse vraisemblable. Si la coqueluche est contagieuse en ville et non à l'hôpital, c'est qu'il existe des conditions différentes. La plus frappante est que nous recevons la coqueluche à la période de maturité et jamais au début. En ville, au contraire, le contact se produit au début de la maladie. »

En somme, la coqueluche, de même que la rougeole, ne paraît contagieuse qu'à la période de début, alors qu'on ne peut guère la diagnostiquer d'une façon précise.

Le traitement de la granulie par les badigeonnages cutanés de gaïacol.

M. le Dr *Bosc*, de Montpellier, vient d'observer plusieurs cas indiscutables de granulie sur lesquels les badigeonnages cutanés de gaïacol ont eu une heureuse influence. Dans aucun cas, il n'a noté d'accidents imputables aux badigeonnages ; toutefois, comme on a signalé, à la suite de cette médication, quelques symptômes alarmants : hypothermie progressive, sueurs abondantes, sensation pénible de froid, tendances au collapsus (la mort serait même survenue, dans un cas de Bard, quoiqu'on n'eût employé qu'une dose de 3 grammes) il est prudent de ne jamais dépasser 1 à 2 grammes pour chaque badigeonnage.

Il est encore prudent de ne pas se servir de gaïacol seul, mais d'*un mélange à parties égales de gaïacol et d'huile d'amande douce* ; d'après une observation personnelle, ce mélange ne diminue pas les propriétés thérapeutiques de la substance active.

« Du côté de la surface cutanée, on n'a observé aucun des phénomènes d'irritation signalés par certains auteurs : érythèmes, vésicules..., etc. Pour les éviter, on se servira, ainsi que l'indique M. Lépine, de *gaïacol chimiquement pur*.

« Il n'y a pas à insister ici sur le *mode de pénétration* du gaïacol dans l'économie. Les expériences de Linossier et Lannois démontrent la réalité de l'absorption cutanée du gaïacol, à l'état de vapeurs, et sa rapide élimination par les urines.

« Ce fait admis, on n'en éprouve pas moins un bien grand embarras quand on cherche à s'expliquer le mode d'action des badigeonnages de gaïacol dans la guérison de la granulie.

« Comment des doses si faibles de ce médicament peuvent-elles arriver à produire des effets si rapides, si puissants et si durables? Comment deux grammes de gaïacol appliqués sur la peau agissent-ils pour guérir, en quelques jours, une granulie évoluant avec toute l'apparence d'une fièvre typhoïde grave ? »

On en est réduit à supposer que le gaïacol absorbé agit d'une part sur le bacille tuberculeux, d'autre part sur les centres vaso-moteurs, dont il entrave l'action congestive et néo-formatrice.

Peut-être même, les leucocytes se chargent-ils de vapeurs de gaïacol et vont-ils ainsi tuer le bacille jusque dans ses plus intimes repaires.

Brûlures de l'œil par les vapeurs d'ammoniaque.

A l'une des dernières séances de la Société de médecine de Paris, M. le Dr Trousseau a longuement insisté sur la gravité des brûlures oculaires produites par l'irruption brusque de vapeurs d'ammoniaque. « Il n'est pas un médecin, dit-il, qui ne connaisse les propriétés irritantes pour les muqueuses nasale et conjonctivale des vapeurs qui se dégagent de cette solution, mais peu de praticiens auraient l'idée de recommander à leurs clients d'user de prudence dans le maniement de ce liquide et spécialement dans le débouchage du flacon, qui le contient. Aussi ai-je cru devoir insister sur les dangers que peut offrir pour l'œil l'issue brusque d'un flacon, jusque-là hermétiquement bouché, des vapeurs ammoniacales.

« Les accidents que j'ai observés ont été causés par ces vapeurs exclusivement, sans que le liquide ait le moins du monde pénétré dans l'œil. J'ai tenu à m'assurer bien exactement de ce fait et à le mettre en évidence dès le début de cette étude. On comprend que le contact d'une solution caustique puisse avoir pour l'intégrité du globe oculaire des conséquences désastreuses, mais on est moins disposé à admettre que de simples vapeurs puissent offrir des inconvénients aussi sérieux.

« Quand un individu respire un flacon d'alcali, il est saisi d'une violente irritation nasale et conjonctivale. Il éternue à plusieurs reprises, ressent une sensation de brûlure dans le nez en même temps que ses yeux s'injectent et pleurent abondamment, puis tout rentre dans l'ordre. Mais si le contact a été plus violent, plus soudain ou plus prolongé, des phénomènes irritatifs ou morbides peuvent persister du côté des yeux. La conjonctive reste hypérémiée pendant plusieurs jours, le larmoiement persiste et une vraie photophobie s'établit. C'est ce qu'on pourrait appeler le 1er degré des brûlures de l'œil par les vapeurs ammoniacales.

« J'eus à soigner récemment une fillette de 12 ans à qui sa mère avait fait respirer pendant un temps assez prolongé un flacon d'ammoniaque dans le but de guérir un rhume de cerveau. Elle avait sur l'instant ressenti une vive cuisson du côté des yeux qui s'étaient mis à larmoyer; le soir elle s'était endormie sans difficulté, mais à son réveil elle n'avait pu ouvrir les paupières collées l'une à l'autre par une abondante sécrétion. Elle me fut amenée le lendemain de l'accident. Les voiles palpébraux étaient gonflés, les conjonctives non seulement injectées, mais encore œdématiées, sécrétaient beaucoup de muco-pus. Les cornées étaient intactes. Cet état dura plusieurs jours, puis, grâce à de nombreuses applications de compresses tièdes boriquées, tout l'appareil reprit son aspect accoutumé.

« C'est là un stade plus avancé du 1er degré de ces brûlures, mais qui permet la *restitutio ad integrum* des parties atteintes.

« Dans ce qu'on pourrait appeler le 2e degré, les phénomènes sont les mêmes, mais il se fait de vraies eschares de la muqueuse conjonctivale, et il est difficile ou presque impossible de prévenir un symblépharon partiel, comme je l'ai observé chez une fille de cuisine qui avait débouché une bouteille d'ammoniaque pour je ne sais plus quel usage domestique. Cette femme fut malade trois semaines, présenta un léger halo-cornéen, qui disparut, mais eut des adhérences conjonctivales, en somme assez peu importantes.

« Le dernier cas que je vais citer répondrait à un 3e degré de ces brûlures gazeuses. Il est beaucoup plus grave, et le malade victime de l'accident peut aujourd'hui tout juste se conduire malgré les soins les plus tenaces. Après avoir débouché un flacon d'alcali volatil, un jeune valet de chambre fut saisi de violents phénomènes d'irritation oculaire, mais je ne l'examinai que cinq à six jours après l'accident avec des conjonctives rouges, violacées, œdématiées et sécrétantes. Les cornées étant alors intactes, je crus pouvoir porter un pronostic favorable; j'insistai seulement sur les précautions à prendre pour empêcher les adhérences conjonctivales (mobilisation fréquente des paupières, introduction de vaseline dans les culs-de-sac). Je fus désagréablement surpris trois jours après cette première visite, quand je revis mon malade dont les cornées commençaient à se troubler. Je prescrivis l'atropine, les compresses d'eau bouillie chaude, et les membranes reprirent assez de transparence pour que je fusse de nouveau rassuré ; l'état conjonctival était devenu et resta, par la suite, très satisfaisant. Tout semblait rentrer dans l'ordre, quand trois semaines environ après l'accident les cornées se troublèrent de nouveau, devinrent blanches laiteuses et la vision fut complètement abolie. Bref, après six mois de soins j'étais parvenu à redonner un peu de transparence aux cornées et je pus faire une iridectomie qui permit tout juste au malade de sortir sans guide et de se livrer à de gros travaux.

« Je ne saurais trop insister sur la gravité et sur la marche insidieuse de ces derniers acci-

dents. On voit qu'en cas de semblables brûlures, il faut réserver le pronostic et se méfier de l'apparition tardive d'une opacité cornéenne qui peut même reparaître avec plus d'intensité après avoir semblé s'amender. Un œil peut, en apparence, demeurer presque intact pendant plusieurs jours, alors qu'en réalité il est déjà sérieusement compromis. »

Le maniement du liquide ammoniacal offre donc, pour les yeux, un danger sérieux sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention des médecins et des gens du monde. Les brûlures déterminées par les vapeurs d'ammoniaque peuvent amener la simple hyperémie conjonctivale aussi bien que la sérieuse opacification de la cornée. Elles offrent parfois une marche insidieuse et on ne peut être fixé sur leur gravité réelle, qu'après plusieurs jours d'observation.

CHIRURGIE CLINIQUE

Les traumatismes du cou-de-pied.

Parallèlement à la précédente étude que nous avons faite dans le n° 46 du *Concours*, sur les traumatismes du poignet, nous nous proposons de passer aujourd'hui en revue les traumatismes du cou-de-pied. Ces traumatismes seront divisés en *plaies*, *contusions*, *entorses*, *fractures* et *luxations* comme pour le poignet. L'inportance de ces études n'échappe à personne, aussi nous pardonnera-t-on d'avoir choisi des sujets aussi arides ; tout ce qui est élémentaire est difficile à exposer et à suivre sans fatigue, mais aussi trop souvent inexact dans la mémoire des praticiens qui n'ont pas ouvert depuis longtemps un ouvrage de pathologie.

I

PLAIES DU COU-DE-PIED.

Le cou-de-pied est une région située à l'union de la jambe et du pied, dont les limites anatomiques sont ainsi fixées par Richet : En haut, une ligne circulaire passant à la base des deux malléoles, en bas, un centimètre au-dessous du sommet, des malléoles ; en arrière, l'insertion calcanéenne du tendon d'Achille ; en avant deux centimètres au devant de l'extrémité inférieure du tibia. Son squelette est formé par l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, et par la poulie de l'astragale formant l'articulation tibio-tarsienne.

Cette région tire son nom de la réunion angulaire de la jambe et du pied ; elle est presqu'exclusivement formée de parties fibro-osseuses, presque sans fibres musculaires, ni graisse ; il est généralement facile de voir à travers la peau les moindres saillies ou dépressions du squelette, car la peau se moule assez exactement sur les os. L'exploration est donc relativement aisée, quand on peut la pratiquer avant l'apparition du gonflement.

Les saillies ou malléoles ont ceci de caractéristique que *l'externe* ou *péronière* descend *plus bas que l'interne ou tibiale*. L'externe est aussi plus volumineuse que l'interne.

Les tendons musculaires qui passent entre ces deux malléoles en avant du cou-de-pied sont, de dedans en dehors, le *jambier antérieur*, *l'extenseur propre*, *l'extenseur commun* avec ses 4 tendons, et le *péronier antérieur* : ces tendons sont réunis sous une même voûte ligamenteuse, sauf le jambier antérieur, laquelle voûte est formée par un épaississement aponévrotique qui se nomme le ligament dorsal du cou-de-pied. Dans l'intervalle et au-dessous des tendons extenseurs propre et 1er extenseur commun, passe une artère importante, *l'artère tibiale antérieure*, accompagnée de deux veines et du *nerf tibial antérieur*. L'artère est au milieu de l'espace intermalléolaire, couchée sur le squelette, contre le ligament antérieur de l'articulation tibio-tarsienne.

Deux branches de cette artère, la *malléolaire interne* et la *malléolaire externe*, enveloppent la partie antérieure du cou-de-pied d'un riche cercle artériel anastomosé avec la branche de la tibiale postérieure ; ces artérioles sont profondes et cachées sous les tendons.

En arrière de la région, se trouve le tendon d'Achille, fortement saillant sous la peau et délimitant de chaque côté une fossette plus ou moins creuse suivant l'adipose des sujets, et limitée en bas par le calcanéum recouvert de la peau épaisse et feutrée du talon. Entre le tendon d'Achille et la face postérieure du calcanéum se trouve une bourse séreuse, la *bourse rétro-calcanéenne*, susceptible de s'enflammer et par suite, d'augmenter de volume dans certains traumatismes. A côté du tendon d'Achille et sous son bord interne, sont logés assez superficiellement les gros vaisseaux *tibiaux postérieurs* et le *nerf* correspondant, recouverts *immédiatement* par l'aponévrose.

Enfin le squelette composé du tibia, du péroné et de l'astragale, forme une articulation trochléenne fort étendue et solidement maintenue par de nombreux trousseaux ligamenteux ; c'est l'articulation tibio-tarsienne et sa dépendance est l'articulation péronéo-tibiale. Les ligaments de ces articulations sont indispensables à connaître d'une manière précise : ce sont, en dedans allant de la malléole tibiale à l'astragale, le ligament *latéral interne* formé de 2 faisceaux *superficiels* et d'un faisceau *profond* très résistant ; en dehors, allant de la malléole péronière à l'astragale et au calcanéum, le ligament *latéral externe* formé d'un faisceau moyen ou *péronéo-calcanéen*, d'un faisceau *péronéo-astragalien antérieur*, très faible, et d'un faisceau, *péronéo-astragalien postérieur* très résistant, placé horizontalement, en dehors de la gouttière de glissement du fléchisseur propre du gros orteil.

Quant au tibia et au péroné, ils s'articulent au moyen de trois ligaments ; un *antérieur*, un *postérieur* et un *interosseux*. La synoviale tibio-tarsienne envoie un prolongement dans la péronéo-tibiale. Pour terminer cette revision anatomique, n'oublions pas, en arrière de la région, les tendons fléchisseurs des orteils, placés profondément contre le ligament interosseux de la jambe, plus profondément que les vaisseaux tibiaux postérieurs ; en dehors de la région se trouvent les gouttières et coulisses tendineuses des muscles péroniers latéraux, qui contournent la malléole péronière.

Les plaies du cou-de-pied seront toujours sérieuses, car même superficielles, elles atteindront fréquemment des organes importants comme les tendons. Si elles sont profondes, elles pourront intéresser les artères tibiales et là, comme au poignet, la multiplicité des anastomoses artérielles nécessitera la ligature des deux

bouts artériels sectionnés, après hémostase temporaire par ligature élastique de la jambe et désinfection antiseptique. Les plaies nerveuses sont moins graves qu'au poignet, vu le peu d'importance de la distribution des nerfs : toutefois, la suture des deux bouts s'impose comme au poignet, au moyen de fils de catguts résorbables. C'est surtout pour le nerf tibial postérieur que cette restauration est nécessaire ; mais il est rare que ce nerf soit blessé sans l'artère, et il faudra commencer par lier les deux bouts de l'artère.

Les plaies pénétrantes articulaires sont fort dangereuses vu l'étendue de la synoviale et nécessitent une antisepsie absolue. Si elles sont toutes récentes, on lavera abondamment le fond de la plaie cutanée et on appliquera un pansement antiseptique occlusif. Si elles sont un peu anciennes et accompagnées de la moindre réaction inflammatoire, il faudra faire l'arthrotomie antiseptique, laver et drainer, en appliquant un pansement soigné et un appareil inamovible.

Les plaies et broiements des os, nécessitent une prompte intervention chirurgicale, l'amputation de la jambe à la partie moyenne.

II

CONTUSIONS

Les contusions du cou-de-pied sont généralement peu graves, quand elles ne sont pas accompagnées d'entorse ; l'articulation est en effet tellement mobile qu'il est rare qu'un choc un peu violent, ne détermine pas une entorse en même temps qu'une contusion. Toutefois, les chocs ou coups de moyenne violence peuvent n'intéresser que les saillies osseuses de la région (malléoles) et déterminer seulement des contusions. Le gonflement et une ecchymose sont les deux signes, qui avec la douleur succèdent à un traumatisme de ce genre.

Il est un genre de contusion, pour ainsi dire répété et successif, qui est produit par la pression des chaussures et qu'il faut distinguer des traumatismes brusques et violents. C'est tantôt aux malléoles, tantôt en avant, tantôt en arrière, au niveau de la bourse séreuse rétro-calcanéenne, que ces contusions, ces froissements des chaussures manifestent leur action, et provoquent des gonflements, des synovites tendineuses, des abcès même, dont la présence exige un repos de quelques jours, des bains tièdes locaux, antiseptiques, des applications résolutives saturno-camphrées ou un débridement.

III

ENTORSES.

« Entorse » veut dire torsion articulaire avec effort ; ce mot s'applique donc à toutes les torsions traumatiques des articulations ; mais le monde l'applique plus particulièrement aux torsions du cou-de-pied. C'est donc l'entorse commune que nous allons décrire ici, mais en insistant seulement sur la question clinique et non sur la pathologie. Toutes les fois qu'il y a eu mouvement forcé dans une articulation, il y a entorse. Cette simple remarque nous permet de dire immédiatement que les entorses du cou-de-pied comprennent plusieurs degrés. Le 1er est celui de la *foulure* : c'est une entorse avec tiraillement des ligaments ou des tendons péri-articulaires. Un léger gonflement, *sans ecchymose*, indique ce traumatisme ; il est accompagné d'une douleur assez vive, exaspérée surtout, quand on cherche à reproduire le mouvement qui, par son exagération, a produit la lésion. La foulure peut siéger dans tous les points de la région du cou-de-pied ; c'est le siège de la douleur maxima qui en indique le lieu précis. Un massage de quelques minutes renouvelé une ou deux fois et un ou deux bains de pied bien chauds triomphent aisément de ce traumatisme.

Le 2e degré est l'entorse unilatérale, c'est-à-dire ne siégeant que d'un seul côté de l'articulation, en dedans ou en dehors. Si l'on examine le blessé immédiatement après l'accident (chute, faux pas, mouvement brusque pour éviter de glisser, etc.), la région sera aisément inspectée et palpée ; mais, au bout de quelques heures, un abondant épanchement se produit par suite de ruptures vasculaires et ligamenteuses et une ecchymose étendue apparaît dans la région malade. Il ne faut pas torturer inutilement le blessé, en prenant brutalement le pied comme font malheureusement trop d'inexpérimentés.

Faites au contraire poser le pied bien à plat sur un plan résistant et montrez-vous anatomiste et non rebouteux ; sans faire faire au pied aucun mouvement, bien inutile et bien maladroit, vous maintenez la pointe à peu près immobile avec une main, et *l'index* de l'autre main va explorer seulement les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne : avec ce doigt, on appuie successivement et un peu profondément sur chacun des 3 ligaments externes, sur chacun des faisceaux du ligament interne, dont on se rappelle la situation ; puis on explore les ligaments antérieur et postérieur de l'articulation péronéo-tibiale, et on note bien exactement les points, où la pression du doigt a provoqué une plainte vive ou un cri de douleur au patient. C'est le seul moyen de faire un diagnostic précis et de ne pas augmenter soit l'étendue des lésions, soit les souffrances du blessé. Combien peu procèdent avec cette modération sage et, prenant au contraire le pied à pleine main, le font tourner, basculer, craquer à plaisir, sans aucun profit pour le diagnostic, tandis que le malade pousse des cris pitoyables ! Lorsque le siège de la douleur maxima n'est pas au voisinage ou sur la pointe même des malléoles, on est assuré qu'il n'y a qu'une entorse ; mais la douleur suraiguë d'une pointe malléolaire serait à lui seul un signe de présomption pour une fracture malléolaire.

Le 3e degré de l'entorse est *l'entorse bilatérale*, l'entorse grave et très douloureuse, qui s'accompagne fréquemment d'une fracture malléolaire ou bimalléolaire : Lorsque l'exploration digitale a montré que le maximum de la douleur est aux sommets des malléoles, qu'il y ait beaucoup ou peu de gonflement, qu'il y ait une petite ou une large ecchymose, il est certain que les extrémités osseuses sont fracturées. Pas de crépitation, pas de saillies anormales, ni de mouvements exagérés à rechercher ; le doigt seul appliqué aux points anatomiques signalés sera notre seul guide précis, je dirais presqu'infaillible. L'important est d'avoir un toucher méthodique et de ne pas brusquer l'exploration afin d'analyser les sensations du blessé. Si j'insiste sur cette pratique, c'est que je la considère comme capitale et absolument sûre. Quand il y a des saillies ou

des dépressions anormales, il est inutile de prolonger l'exploration et la vue est presque suffisante pour faire préciser le diagnostic de fracture ; mais quand il n'y a que le gonflement, l'ecchymose et la douleur, comme symptômes du traumatisme, force sera bien de recourir à cette exploration prudente, qui fera d'abord bonne impression sur le malade et qui permettra ensuite d'être fixé sur l'état de la région blessée.

Le traitement de l'entorse se résume aujourd'hui en trois mots : *Balnéation, massage, compression.* Tous les jours, on fera plonger le pied entorsé dans un bain chaud à 50° et dont on élèvera la température à 55°, puis à 60°, si c'est possible, et on l'y maintiendra pendant 15 à 20 minutes. Puis, on pratiquera un massage méthodique de la jointure, en commençant par le glissage et le pétrissage d'abord légers, puis plus accentués, pendant 15 minutes. Enfin, on enveloppera le pied et l'articulation avec une mince bande de flanelle imbibée d'alcool camphré et par-dessus on appliquera une bande de caoutchouc modérément serrée. Si l'on veut obtenir une prompte guérison, on pourra renouveler ce traitement deux fois par jour ; mais le plus habituellement, une seule séance quotidienne suffit pour guérir le malade en quelques jours. Il est prudent de maintenir le blessé au repos absolu pendant 8 jours et généralement, au bout de ce laps de temps, la marche devient possible sans douleur. Ce traitement est celui de M. le Dr Reclus ; nous lui donnons tous nos suffrages, car nous avons vu ses succès.

A propos de l'entorse, nous devons ajouter que le *pronostic* n'en doit jamais être donné comme sûrement favorable, à moins de connaître à fond le terrain du blessé et de le savoir pertinemment réfractaire à la tuberculose, il faut toujours poser un petit point d'interrogation et réserver ses prévisions de guérison jusqu'à rétablissement complet. L'entorse est fréquemment en effet le point de départ d'une tuberculose tibio-tarsienne chez les sujets prédisposés ou affaiblis et si l'on a été trop optimiste, on se verra dans la suite soupçonné de maladresse ou d'incapacité, parce que le blessé aura une tumeur blanche du pied.

IV

FRACTURES.

Les fractures du cou-de-pied, proprement dites, sont les fractures *bimalléolaires* et *malléolaires externes.*

Nous n'insisterons pas sur les causes des fractures du cou-de-pied ; ce sont les chutes, les faux pas, les mouvements brusques, enfin les chocs directs (coups de pieds brutaux).

Quant aux signes plus ou moins banals répétés dans les livres, gonflement, ecchymose, crépitation, mobilité anormale, il n'y a pas à s'y arrêter. Deux seulement sont vraiment cliniques et intéressants. Ce sont : *le siège de la douleur* absolument précisé et *l'attitude vicieuse du pied.* La douleur siège à 2 ou 3 cm. du sommet de la malléole externe et au sommet de la malléole interne ; le pied est dévié en dehors, l'axe de la jambe n'est plus en continuation avec celui du cou-de-pied, qui fait avec lui un angle obtus, ouvert en dehors, et le bord externe du pied se trouve relevé de façon à porter la plante en dehors. Enfin, il y a une augmentation très appréciable de l'écartement des malléoles interne et externe.

Dupuytren a décrit une dépression qui est quelquefois assez nettement appréciable à la base de la malléole externe et qu'on nomme le coup de hache ; c'est encore un bon signe de facture qui est facilement appréciable au toucher ou à la vue.

Le traitement des fractures du cou-de-pied est un peu différent de celui de l'entorse. Avec le Dr *Championnière,* nous conseillons le *massage,* mais dans l'intervalle des séances qui seront quotidiennes au début, puis biquotidiennes au bout de 8 jours, nous appliquons un *appareil plâtré* suffisamment résistant, renforcé au besoin par une attelle interne et quelques tours de bande. Si le massage est douloureux et le gonflement trop persistant, on fera usage des bains de pied chauds comme pour l'entorse, on ne permettra pas la marche avant le 21e jour, au moins : La moyenne est de 25 jours, et l'on fera bien de l'observer, car, si la tumeur blanche est à redouter comme complication de l'entorse, à plus forte raison, elle est plus menaçante dans le cas de fracture ; en outre, il faut toujours se prémunir contre l'impotence fonctionnelle future.

V

LUXATIONS.

Les luxations du cou-de-pied se divisent en luxations tibio-tarsiennes et luxations de l'astragale.

La plus fréquente est la *luxation tibio-tarsienne en dedans* ; il est rare que cette luxation ne soit pas accompagnée de fractures, d'arrachements ligamenteux ; tantôt le pied est dévié, le péroné fracturé, l'astragale renversé en dedans, mais le tibia n'est pas saillant ; tantôt, au contraire, le tibia est très saillant et menace la peau d'une perforation. Le pied est en valgus (abduction forcée) et le cou-de-pied est fortement élargi. La réduction s'obtient quelquefois par la simple adduction du pied ; mais on est parfois obligé de sectionner antiseptiquement le tendon d'Achille. Enfin, si la luxation est irréductible, on devra pratiquer la résection tibio-tarsienne.

Les autres variétés de luxations du cou-de-pied, LUXATION EN DEHORS (*pied en varus*), LUXATIONS EN AVANT OU EN ARRIÈRE, sont relativement rares et les signes sont moins nets que dans la luxation en dedans.

Autrefois les luxations du cou-de-pied étaient considérées comme très graves, et Hamilton conseillait comme remède unique la résection ou l'amputation de la jambe. Aujourd'hui, on est moins pessimiste ; toutefois, il ne faut pas hésiter longtemps : si la réduction est impossible, à cause des dégâts qu'elle pourrait entraîner, il faut prendre ses dispositions pour pratiquer la résection, en ne reculant pas devant la section des tendons péroniers et jambiers, ni devant la section du péroné au niveau du col, sans enlever la malléole externe.

Quant aux luxations de l'astragale, elles sont généralement fort graves et nécessitent souvent l'extirpation de cet os. L'astragale se luxe *en avant, en arrière, en dedans, en dehors* ; parfois même, cet os se trouve *en rotation* complète ou entièrement *renversé.*

Il est rare que ces luxations ne s'accompagnent pas de plaie. La plus grave est la luxation en arrière qui est habituellement irréductible et nécessite l'extirpation astragalienne ou la résection. La plus fréquente est la luxation en dedans, qui ne s'accompagne pas souvent de plaie.

En général, ces graves traumatismes, même convenablement traités, exigent une longue immobilisation de 1 ou 2 mois, puis un massage progressif d'environ 4 ou 5 semaines. Encore est-il rare que l'articulation récupère tous ses mouvements normaux.

Dr Paul HUGUENIN.

PATHOLOGIE INTERNE

Hémiplégie pneumonique.

Au début, dans le cours ou au déclin d'une pneumonie, un malade est subitement frappé d'une hémiplégie. Il meurt et à l'autopsie on ne trouve aucun désordre anatomique intra-crânien, suffisant pour expliquer l'apparition du syndrome ; ou bien, l'hémiplégie disparaît, guérit, montrant ainsi qu'elle n'était liée qu'à un désordre dynamique, passager, de l'appareil moteur cérébro-médullaire. Telle est l'hémiplégie pneumonique, qui constitue une des paralysies les plus fréquentes, au cours de la pneumonie. Son existence, entrevue par les anciens, est nettement affirmée, pour la 1re fois, par Charcot, qui signale sa fréquence chez les vieillards et l'absence habituelle de lésion à l'autopsie. Lépine en 1870, Boulloche en 1892, consacrent leurs thèses inaugurales à la description de ce syndrome morbide, dont ils signalent la présence et la curabilité chez l'enfant et l'adulte. L'hémiplégie pneumonique est, en effet, un accident de tous les âges ; fréquente, intense, durable chez les vieillards, elle y est toujours mortelle ; rare, peu marquée, passagère chez l'enfant et l'adulte, elle est chez eux bénigne. Ces différences capitales dans l'évolution et le pronostic, conduisent à diviser les cas d'hémiplégie pneumonique en deux catégories distinctes : l'hémiplégie des vieillards, et l'hémiplégie des adultes et des enfants. Nous verrons plus loin la différence de leur processus pathogénique.

Chez le vieillard, le début des accidents est parfois, tellement brusque, que l'on ne pense pas, tellement l'évolution des phénomènes paralytiques est rapide, à rechercher le foyer pneumonique, l'hémiplégie masque la pneumonie ; mais le plus souvent, c'est après quelques jours de malaise, au cours d'une pneumonie, dont on a suivi l'évolution, qu'on voit survenir une hémiplégie, bientôt suivie de mort. Chez ces malades comateux, l'hémiplégie n'a pas de caractères spéciaux. Elle intéresse le facial inférieur, les membres supérieur et inférieur. Quelquefois l'un de ces segments est seul pris. L'hémiplégie pneumonique, comme l'hémiplégie vulgaire, consécutive à un ramollissement de la zone cérébrale corticale motrice, ou une hémorrhagie sectionnant la capsule interne, peut s'accompagner de contracture, de déviation conjuguée de la tête et des yeux ; mais, étant donné l'état de stupeur dans lequel sont plongés les malades, il est impossible de vérifier l'état de la sensibilité. Toutefois, il est un fait constant, signalé par Lépine, c'est l'existence de troubles vaso-moteurs, qui conditionnent l'augmentation et l'abaissement alternatifs de chaleur, dans les membres impotents. Chez ces malades, la température rectale est élevée, la langue sèche et les urines peu abondantes, albumineuses le plus souvent. Chez l'enfant le mode de début peut être le même que chez le vieillard, l'hémiplégie pouvant précéder les signes physiques de la pneumonie, tandis que, chez l'adulte, l'hémiplégie n'apparaît que dans le cours ou au déclin d'une pneumonie confirmée.

L'hémiplégie droite s'accompagne presque toujours d'aphasie. Le caractère différentiel capital de ces paralysies, évoluant chez l'enfant et l'adulte, d'avec les paralysies du vieillard, est leur peu de durée, leur bénignité. Elles n'entraînent nullement, comme chez le premier, un pronostic fatal. Ainsi que l'ont fait remarquer les premiers Rilliet et Barthez, l'hémiplégie pneumonique, chez l'enfant, accompagne presque toujours la pneumonie du sommet ; aussi ont-ils donné à cette dernière le nom de pneumonie cérébrale.

Les différences si profondes que l'on observe dans le mode d'apparition, l'évolution et la terminaison des hémiplégies pneumoniques tiennent-elles uniquement à l'âge et à l'état des organes des sujets atteints ou à des facteurs pathogéniques divers ? Avant d'entrer dans la discussion de ce problème, il nous paraît utile de préciser que le terme pneumonique ne doit s'adresser qu'à l'hémiplégie, qui, tout en relevant de la localisation pulmonaire, ne s'accompagne pas de lésion cérébrale destructive évidente, et non à ces hémiplégies qui peuvent survenir au cours de cette affection, soit par le fait d'une méningite, localisation secondaire, embolique du pneumocoque, ou comme conséquence d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral par thrombose ou embolie.

Les termes hémiplégie urémique, hémiplégie diabétique, etc., ont une signification nettement définie et, ainsi dénommées, ne comprennent que les paralysies provoquées par l'encéphalopathie toxique. Nous éliminons donc de notre étude les hémiplégies relevant d'une altération cérébrale organique ; elles rentrent dans le cadre des localisations pneumococciques extra-pulmonaires ou dans celui des affections intercurrentes possibles, au cours de la pneumonie.

Pour expliquer la venue de cette hémiplégie pneumonique, on peut invoquer un grand nombre de théories. La théorie réflexe, la première en date qui agirait en mettant en jeu les vaso-moteurs cérébraux, a pour elle la fréquence si grande des troubles vaso-moteurs au cours de la pneumonie (rougeur de la pommette, élévation de température des membres du côté atteint, sueurs profuses) ; mais, tous ces troubles, avec les connaissances que nous possédons sur les propriétés vaso-motrices des toxines (Charrin et Gley), s'expliquent mieux par l'intervention du poison pneumonique sur les centres nerveux, que par une irritation mécanique des filets nerveux pulmonaires.

Toutefois, les désordres nerveux (lipothymies, syncope, épilepsie jacksonienne, hémiplégie, aphasie) consécutifs à la simple irritation pleurale, par un agent mécanique comme un trocart

ne permettent pas de faire table rase de ce facteur pathogénique, et doivent faire admettre, à cause de leur innervation commune, pour le poumon comme pour la plèvre, une analogie de réaction.

L'irritation de l'organe périphérique serait suivie par action réflexe, d'excitation ou d'inhibition des centres vaso-moteurs bulbaires ou mésocéphaliques ; la contracture ou la dilatation paralytique vasculaire amènerait alors la suppression fonctionnelle des centres corticaux cérébraux. Les centres vaso-moteurs peuvent ainsi être influencés soit indirectement par lésion mécanique, soit directement par les toxines résorbées. Ces dernières, par leur action directe sur les cellules cérébrales de la zone psycho-motrice, amènent les mêmes ensembles symptomatiques, l'hémiplégie, la monoplégie, l'aphasie. La lésion simultanée des deux hémisphères provoque l'attaque d'apoplexie, sans détermination paralytique dominante. L'unilatéralité des désordres peut s'expliquer, soit par l'intensité inégale des troubles vasculaires, soit par la prédominance fonctionnelle habituelle de l'un des hémisphères, prédominance qui le rend plus vulnérable. L'hémiplégie droite est en effet plus fréquente dans les encéphalopathies toxiques.

L'hémiplégie pneumonique, comparable à celle qui survient dans la fièvre typhoïde, le typhus, les accès paludiques, la variole, la période terminale de la tuberculose, est donc de même nature que l'hémiplégie des intoxications diabétique, urémique et cancéreuse (l'épithéliome est une véritable glande monstrueuse, à sécrétion interne) ; elle est fonction d'une encéphalopathie toxique. Ce fait s'accorde avec une remarque faite par Cl. Bernard et Magendie, que le liquide céphalo-rachidien est un des liquides dans lesquels passent le plus facilement les substances introduites dans le sang (sucre, substances toxiques).

Est-ce à dire cependant que toute hémiplégie pneumonique, sans lésion centrale en foyer, sera due à une intoxication unique par les toxines pneumoniques ? L'analyse des observations permet, comme nous l'avons déjà dit, de donner une réponse négative et montre que deux grands facteurs pathogéniques, réflexe et toxique, président à la production de l'hémiplégie pneumonique. L'intoxication a le plus souvent une double source. Dans presque toutes les relations concernant des vieillards, il est fait mention de l'état artério-scléreux du système artériel cérébral, mais peu parlent de l'état des reins. Or, étant donné la constance de la néphrite interstitielle, chez ces individus, l'imminence toujours menaçante de l'insuffisance rénale, on comprend l'apparition d'une hémiplégie toxique au moment où se traduit la réaction de l'économie par le grand frisson, l'élévation de la température, l'abaissement du taux des urines. L'étude minutieuse des symptômes prémonitoires, montre, de plus, que, depuis quelques jours, en même temps que le malaise, pendant l'incubation pneumonique, les urines avaient subi une diminution notable, que la polyurie nocturne avait cessé. Il est inutile de parler de l'albuminurie ; car, ce symptôme n'a, dans l'espèce, comme l'a montré M. Lancereaux, qu'une importance médiocre. La quantité, la densité des urines ont une toute autre valeur. Un cas que nous avons pu observer répond à ce double mécanisme pathogénique, pneumonique et rénal.

Il s'agissait d'un vieillard, âgé de 68 ans, polyurique continu et albuminurique intermittent, qui fut tout à coup, un matin, frappé d'apoplexie avec hémiplégie droite complète, sans contracture. La température rectale, au moment de la crise venue si brutalement, était à 40° ; le pouls était à 120. On pouvait dès lors penser à une lésion cérébrale en foyer ; aussi, comme à ce moment existait, dans l'infirmerie, une épidémie pneumonique, on porta le diagnostic d'hémorrhagie cérébrale ou de méningite pneumococcique, d'autant qu'il existait un foyer pulmonaire à la base droite. Il ne fut possible de recueillir que quelques gouttes d'urine avec la sonde et l'interrogatoire de l'entourage révéla que depuis quelques jours le malade, très mal en train, n'urinait que très peu et se plaignait de migraines et de nausées. La maladie dura trois jours, pendant lesquels l'hémiplégie ne subit aucune modification. A l'autopsie, outre l'intégrité absolue des hémisphères cérébraux et des méninges, on nota de l'artério-sclérose des artères de la base de l'encéphale et une atrophie extrême des deux reins. La pneumonie droite était en voie d'hépatisation grise. L'hémiplégie, dans ce cas, était due à des poisons provenant autant de la non-élimination rénale que de la production dans le foyer pulmonaire. Les toxines avaient agi, comme nous l'avons vu, soit directement sur les cellules cérébrales, soit indirectement en mettant en jeu l'appareil vaso-moteur cérébral pour amener de l'ischémie ou de la dilatation paralytique des artérioles. Ce groupe toxique ne peut toutefois, et nous avons eu soin de l'indiquer, avoir la prétention que de comprendre la majorité des cas d'hémiplégie pneumonique sans lésion centrale : plusieurs faits d'hémiplégie très passagère, chez des individus jeunes, s'expliquent mieux par la théorie réflexe pure. L'hémiplégie pneumonique dans ce cas, ressemble à l'hémiplégie pleurale traumatique et relèverait, suivant MM. Charcot et Debove, de l'hystérie réveillée ou provoquée. L'hémiplégie pneumonique n'est ainsi, en résumé, qu'une réaction nerveuse anormale de l'économie intoxiquée ; elle est absolument semblable à la fièvre et aux convulsions précoces des pyrexies. En clinique, il est extrêmement difficile, sinon impossible, de porter le diagnostic d'hémiplégie pneumonique. Une élévation de la température rectale, coïncidant avec une hémiplégie très récente, devra faire penser à la possibilité d'une localisation pulmonaire primitive.

S'il y a pneumonie évidente, la diffusion des phénomènes encéphaliques (délire, strabisme, contracture de la nuque, vomissements) indiquera une méningite ; mais en l'absence de ces symptômes, le clinicien n'a, à part l'évolution, aucun signe différentiel pour distinguer l'hémiplégie en foyer de l'hémiplégie toxique.

Chez le vieillard, l'hémiplégie pneumonique, à part deux cas, a toujours été suivie de mort, ce qu'explique suffisamment la pneumonie évoluant sur un terrain débilité et mal servi par des organes scléreux comme le cœur et les reins. Chez l'enfant et l'adulte, au contraire, mieux préparés à la résistance contre les intoxications par un cœur, des reins, un foie intacts, les phénomènes cérébraux sont passagers, transitoires, et

les accidents, chez eux, peuvent ne durer que quelques heures. Les indications thérapeutiques sont dans l'hémiplégie pneumonique tout à fait restreintes. Chez le vieillard, il faudra relever les forces et agir sur le rein en faisant des injections de caféine et d'éther et en donnant par la voie rectale, les purgatifs drastiques ; chez l'adulte et l'enfant, la bénignité de l'affection est telle que toute intervention serait inutile, inopportune.

Dr J. THIROLOIX.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie devant le Sénat.

Pas brillante la discussion !

Deux points seuls ont retenu l'attention du Sénat : l'exercice par le médecin à défaut d'officine et le droit de vente des médicaments par les hôpitaux.

La question de la délivrance des médicaments sans ordonnance, par les pharmaciens, est passée inaperçue.

Relatons donc, d'après le *Journal officiel*, la discussion de l'article 11, puisqu'en l'état c'est la seule qui puisse nous intéresser.

M. Cornil, *rapporteur*. — Messieurs, dans la séance, au cours de la discussion sur l'exercice de la pharmacie, il a été décidé, d'accord avec notre honorable collègue M. Maxime Lecomte, que la commission examinerait son amendement.

La commission s'est réunie aujourd'hui. Voici le résultat de son examen.

Nous avons pensé que si on admettait d'une façon absolue la proposition de notre honorable collègue, ce serait, pour ainsi dire, la suppression de la profession de pharmacien et une grave atteinte portée à notre proposition de loi. Nous établissons, en effet, comme principe général, la séparation des deux professions de médecin et de pharmacien. Le pharmacien doit faire de la pharmacie et le médecin de la médecine, ce dernier rédigeant les ordonnances exécutées par le premier. Nous autorisons exceptionnellement le double exercice.

Si on adoptait complètement l'amendement de notre honorable collègue M. Maxime Lecomte, l'exception que nous avons prévue deviendrait la règle et, dans cette règle voici ce qui arriverait : les médecins feraient, tous ou presque tous de la pharmacie, et l'intérêt des clients serait alors lésé, parce que les médecins, en général, n'ont ni l'habitude, ni les connaissances nécessaires pour préparer des médicaments et pour faire de la pharmacie.

Si nous tenons compte des inspections qui sont faites chez les médecins pratiquant la pharmacie, nous apprendrons que leur outillage est le plus souvent très défectueux. Les balances sont anciennes, mal tenues, rarement justes ; les médicaments sont souvent de qualité inférieure ; beaucoup de flacons sont sans étiquette, etc.

Messieurs, voulez-vous, oui ou non, donner le droit de faire de la pharmacie au médecin, qui n'a pas du tout les connaissances chimiques, qui ne sait pas généralement où s'approvisionner ? S'il s'adresse à un droguiste qui lui envoie des médicaments, il ne peut pas en faire l'analyse chimique et s'assurer, par lui-même, de la qualité des produits, comme le doivent faire les pharmaciens. Il en résulte que si l'on veut sauvegarder la santé des malades, nous croyons qu'il est impossible d'admettre que cette exception du double exercice, que nous avons prévue, puisse devenir la règle. D'ailleurs, dans notre projet de loi, nous avons dit très expressément que les professions de médecin et de pharmacien ne pourraient être exercées à la fois par une seule personne, même au cas où celle-ci posséderait les deux diplômes. Vous avez déjà sanctionné cette disposition par votre vote.

Aussi la commission conserve-t-elle les 6 kilomètres comme distance devant régler la possibilité pour le médecin de faire de la pharmacie. Cependant nous devrons dire que, frappés des objections de M. Maxime Lecomte et de l'impression favorable qu'elles avaient produites sur le Sénat, nous avons modifié dans ce sens deux paragraphes de l'article 11. Ainsi, dans le second paragraphe, sur lequel portel'amendement de M. Maxime Lecomte, nous avons dit : Au lieu de calculer la distance de commune à commune ou de clocher à clocher, comme cela se fait dans les greffes de justices de paix nous calculerons la distance réelle du domicile du médecin au domicile du malade. (*Marques d'approbation.*)

Nous avons ensuite modifié un autre alinéa de ce même article qui porte : « Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront administrer directement et gratuitement à leurs malades. » Ces mots « directement et gratuitement » avaient paru blesser beaucoup de nos collègues ; nous les avons fait disparaître dans la rédaction nouvelle que nous proposons à l'approbation du Sénat. Nous y disons :

« Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez les malades, certains remèdes dont la liste sera donnée par un règlement d'administration publique. »

De cette façon, nous faisons disparaître les mots « gratuitement et directement », et nous donnons par là une beaucoup plus grande latitude aux médecins.

Il faut cependant, si vous voulez bien me le permettre, que je vous explique en quel consistent dans notre pensée les médicaments d'urgence. Tous les médecins savent et la plupart d'entre vous n'ignorent pas, qu'un médecin appelé pour un cas d'urgence doit immédiatement donner le remède qui pourra guérir ou soulager le patient. Cela est absolument nécessaire.

Ainsi, dans les localités où règne la fièvre intermittente, il n'y a pas aujourd'hui de médecin qui, malgré les prescriptions légales, n'ait dans sa voiture un flacon de sulfate de quinine, pour en donner immédiatement, s'il se trouve en face d'un accès de fièvre pernicieuse qui tuerait infailliblement son malade. Il faut agir sans retard, et, dans la pratique journalière, actuellement, malgré les prescriptions de la loi de germinal, les médecins, je le répète, ont toujours du sulfate de quinine dans les pays de fièvre intermittente, et ils en donnent directement et sans tarder à leurs malades.

Cela ne leur a jamais été reproché, ni par les pharmaciens, ni par les syndicats pharmaceutiques. Jamais on ne pourra faire un reproche à un médecin de faire son devoir, c'est-à-dire d'aller immédiatement au devant du danger imminent ; aussi, bien que contraire à la loi, cela existe dans la pratique journalière.

Il en est de même pour une série d'autres cas d'urgence. Si, par exemple, on vient chercher un médecin en lui disant : « Un tel est empoisonné pour avoir absorbé telle substance », le médecin part immédiatement avec un contre-poison, s'il en a, ou tout au moins avec de l'émétique, pour faire vomir le malade. Il est impossible qu'il en soit autrement ; cependant, cela n'est pas légal. Nous consacrons cette pratique par la loi, et nous disons : « Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés

à administrer soit chez eux, soit chez les malades, certains remèdes dont la liste sera donnée par un règlement d'administration publique. »

Quels sont les remèdes dont le médecin pourra disposer ? C'est au règlement d'administration publique à intervenir pour indiquer cette liste ; dans notre pensée, elle doit être très restreinte et se borner à certains médicaments très actifs. Nous dirions, si nous faisions partie de la commission qui sera consultée à cet égard, que les médecins doivent avoir ce qu'il faut pour faire les pansements, pour arrêter les hémorrhagies, pour soigner immédiatement les accidents et les plaies. Ils devront avoir chez eux du laudanum, de l'éther, de la quinine, de l'ergotine, de l'émétique, du chloroforme, du nitrate d'argent, du nitrate acide de mercure, de la morphine, etc. Mais, en dehors d'une douzaine de médicaments, je crois qu'il n'y aurait pas lieu d'en autoriser un plus grand nombre.

Telle est, messieurs, la résolution qu'a prise aujourd'hui la commission. Je vais, si vous voulez bien, vous donner lecture des deux paragraphes modifiés qu'elle soumet à votre approbation.

Le second paragraphe, sur lequel portait l'amendement de Maxime Lecomte, est ainsi conçu :

« Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et qui résident à 6 kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si sa demeure est distante elle-même de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie. »

Au quatrième paraphe, nous disons :

« Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera donnée par un règlement d'administration publique. »

M. Maxime Lecomte. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. Maxime Lecomte.

M. Maxime Lecomte. Messieurs, la commission, qui a examiné l'amendement que j'ai soumis au Sénat, a donné à cet amendement satisfaction sur deux points importants et je l'en remercie. La distance qui me séparait d'elle a donc diminué, mais elle existe encore : il s'agit de 2 kilomètres. (*Sourires.*)

La commission pense que ces 2 kilomètres sont nécessaires pour permettre à un certain nombre de pharmaciens de vivre ; et cependant, à l'heure qu'il est, sous le régime de la loi de l'an XI, ces pharmaciens vivent et je dois ajouter que, dans le projet de loi sur lequel nous délibérons, ces pharmaciens obtiennent légalement le droit de délivrer sans ordonnance un certain nombre de médicaments simples et composés ; j'ajoute encore qu'en fait, personne ne peut les empêcher et ne les empêchera de faire de la consultation.

Un sénateur à droite. C'est évident !

M. Maxime Lecomte. Par conséquent, je ne suis pas inquiet sur le sort des pharmaciens. (*Marques d'approbation sur les mêmes bancs.*)

Mais je me préoccupe de l'intérêt d'un certain nombre de médecins de campagne, qui sont absolument dignes de notre sollicitude, et à qui l'on va nuire ; je me préoccupe surtout des malades : on va mettre un obstacle légal entre eux et le remède qui peut les sauver. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

Je ne veux pas, messieurs, renouveler une discussion, à mon sens épuisée, et à la suite de laquelle la grande majorité de cette Assemblée, avait, il me semble, suffisamment exprimé son sentiment.

Je demande simplement au Sénat de ratifier le texte que je lui ai soumis et qui par deux fois, sans opposition, a été adopté par la Chambre des députés. Je lui demande également de ne pas se déjuger, car le texte que je lui présente est précisément celui qu'il a déjà voté.

Vous me permettrez de le rappeler, M. Cornil était déjà rapporteur de la commission ; déjà l'honorable et très éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris était commissaire du Gouvernement. C'était à la séance du 18 mars 1892 ; il s'agissait de la loi sur l'exercice de la médecine, et la Chambre des députés a seulement détaché cet article pour le reporter à la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Notre honorable collègue M. Guindey a pris alors la parole et a soutenu les intérêts des pharmaciens ; voici ce qu'il a dit à propos de la question qui nous occupe :

« L'article 11, suivant moi, doit être voté tel qu'il est rédigé » — c'est-à-dire mon amendement même — « Je ne lui ferai qu'un seul reproche : c'est que peut-être la distance de 4 kilomètres signalée au second paragraphe de l'article 14 n'est pas suffisante. »

Et alors un sénateur à gauche interrompait et disait : « Au contraire ! » C'est que ce sénateur qui siégeait à gauche était d'avis qu'il y avait lieu peut-être de maintenir le système de la loi de l'an XI.

Et M. Guindey, reprenant, répliquait :

« Au contraire ? Je ne la trouve pas, moi, suffisante ; mais, enfin, je ne fais aucune difficulté d'accepter l'article 11 tel qu'il est rédigé. »

C'est donc l'article tel qu'il a été voté par le Sénat que j'ai l'honneur de présenter de nouveau ; j'insiste, messieurs, pour que vous veuillez bien le voter. (*Très bien ! sur divers bancs.*)

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement*. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. le commissaire du Gouvernement. Messieurs, je vous demande pardon ; mais il me semble qu'il y a une légère différence entre ce que vient de dire l'honorable orateur qui descend de la tribune et la réalité des choses. Je ne suis ici pour défendre ni l'intérêt des médecins, ni celui des pharmaciens, mais je ne puis pas oublier que je suis médecin, et vraiment, en ce moment, c'est par erreur que l'on nous donne l'apparence de sacrifier les médecins de campagne. (*Sourires.*)

Dans l'intérêt de la santé publique, il est bon que le malade ait auprès de lui, quelqu'un qui puisse lui donner autant que possible des médicaments bien préparés. Voilà tout ce que je soutiens.

Eh bien, s'il y a intérêt pour le malade à avoir, aussi près que possible de lui, quelqu'un qui connaisse la nature des drogues, il faut aussi donner au pharmacien une zone d'action suffisante pour qu'il puisse vivre lui et sa famille.

Nous discutions sur le chiffre de 4 ou 6 kilomètres. Il n'a, messieurs, rien de fatidique. Dans les pays populeux, les départements du Nord, par exemple, dans une zone de 4 kilomètres, un pharmacien peut trouver une clientèle suffisante pour vivre.

Dans les pays peu populeux, au contraire, dans l'Ariège, la Lozère, les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, il lui faudrait au moins, pour subsister, une zone de 6 kilomètres.

Remarquez que partout où disparaît une pharmacie légale, s'il est nécessaire qu'il y ait un dépôt de pharmacie, ce dépôt se crée par des voies illégales, et le médecin n'en profite pas ; il a plus encore à souffrir de la pharmacie illégale que de la pharmacie légale. C'est un point sur lequel j'appelle l'attention de l'honorable préopinant.

On nous demande en ce moment autre chose. On nous dit : Le Sénat a voté, la Chambre des députés a voté une disposition, qui était plus favorable aux médecins.

Il y a là, permettez-moi de le signaler, l'oubli d'un membre de phrase. Dans les votes émis antérieurement, comme dans la loi de l'an XI, l'autorisation d'exercer la pharmacie n'était donnée qu'aux médecins qui habitaient des communes où ne résidait pas de pharmacien. Voilà quel était le point de départ.

Nous disons, nous : Il ne s'agit pas de savoir si, dans la commune qu'habite le médecin, il y a ou

non un pharmacien ; il s'agit d'un malade demeurant à 6 kilomètres d'un pharmacien et qui n'a pas à s'occuper de la question de savoir si, dans la commune qu'habite le médecin, il y a ou non une officine. Il faut qu'on puisse lui faire donner les médicaments par le médecin, s'il est distant de 6 kilomètres. Nous ne tenons aucun compte de l'existence d'un pharmacien dans la commune qu'habite le médecin.

Il y a donc là, pour les médecins de campagne, une conquête que les pharmaciens ont comprise bien mieux que ne semble la comprendre l'honorable sénateur qui descend de la tribune. Nous avons là, au point de vue même du médecin, quelque chose de beaucoup plus favorable que ce qui a été voté autrefois par le Sénat et par la Chambre.

Mais je laisse de côté les intérêts médicaux et les intérêts des pharmaciens, et je dis ceci : Il est de l'intérêt des malades qu'on ne fasse pas disparaître les pharmaciens dans les campagnes.

Vous demandez aux pharmaciens, — car vous venez de supprimer les pharmaciens de 2e classe, ne l'oubliez pas, — d'être bacheliers, d'accomplir six ans d'études, de faire des sacrifices énormes. S'ils ne peuvent pas vivre, une fois qu'ils seront allés s'installer dans les provinces, il est évident que vous n'en trouverez plus et que la pharmacie, dans toutes nos campagnes, sera livrée aux mains de médecins qui peuvent être d'excellents médecins, mais qui ne sont pas préparés par leurs études à faire l'analyse des médicaments qu'ils délivrent, et qui ne possèdent pas dans leur domicile l'organisation nécessaire pour y tenir un dépôt de pharmacie.

Nous parons, nous parons même très largement aux besoins ; nous ne lésons pas l'intérêt des médecins de campagne ; je vous demande donc, messieurs, de songer, non pas aux intérêts de telle ou telle corporation, mais à l'intérêt des malades qui ont besoin de bons médicaments. (*Très bien ! très bien !*)

M. le président. La parole est à M. Maxime Lecomte.

M. Maxime Lecomte. Messieurs, je ne veux pas, vous le comprenez, perpétuer ce débat. Le Sénat me permettra simplement de faire cette observation, qui est d'expérience quotidienne et personnelle à beaucoup d'entre nous : c'est que les pharmaciens désertent les campagnes, tandis que les médecins, même docteurs, y vont encore : c'est ces derniers que nous devons protéger.

J'accepte la rédaction de la commission et je retire mon amendement, puisque nous sommes d'accord sur tous les points, sauf sur la question de rayon. J'insiste seulement pour que le Sénat veuille bien substituer dans le texte de la commission le chiffre de 4 kilomètres au chiffre de 6 kilomètres proposé par la commission.

M. le président. Le Sénat vient d'entendre la déclaration de M. Maxime Lecomte ; il renonce à son amendement, sauf sur un point : la substitution du chiffre 4 au chiffre 6.

M. Blavier. Il n'y a qu'à voter d'abord sur la rédaction de la commission, en réservant les chiffres.

M. Maxime Lecomte. Mon amendement ne porte en effet que sur le chiffre.

M. le président. Parfaitement. Je donne lecture du texte en réservant les chiffres :

« Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades, auprès desquels il est appelé et qui résident à kilomètres au moins de toute pharmacie

« Il ne peut délivrer des médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si sa demeure est distante elle-même de kilomètres au moins d'une pharmacie. »

Je consulte le Sénat.

(La rédaction de la commission, chiffres réservés, mise aux voix, est adoptée.)

M. le président. Il me reste à consulter le Sénat sur le chiffre. La commission propose 6 kilomètres, l'amendement de M. Maxime Lecomte tend à réduire cette distance à 4 kilomètres.

Cette demande portait sur l'amendement de M. Maxime Lecomte ; mais je pense qu'après l'explication que je viens de donner, les signataires l'appliquent au chiffre de la commission qui est mis aux voix le premier.

M. Maxime Lecomte. Parfaitement, monsieur le président. Nous l'appliquons au chiffre de 6 kilomètres.

(Le scrutin est ouvert. — MM. les secrétaires opèrent le dépouillement des votes.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre des votants	232
Majorité absolue	117
Pour	136
Contre	96

Le Sénat a adopté le chiffre de 6 kilomètres.

Je mets aux voix l'ensemble du paragraphe 2.

(Le paragraphe 2 est adopté.)

M. le président. « Les médecins bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Je mets aux voix le paragraphe 3.

(Le paragraphe 3 est adopté.)

« Pour satisfaire au cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à administrer, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera donnée par un règlement d'administration publique. »

Le Sénat a entendu les explications fournies tout à l'heure par M. le rapporteur, qui a dit pourquoi les mots « directement et gratuitement » avaient été supprimés.

Quelqu'un demande-t-il la parole sur ce paragraphe ?...

Je le mets aux voix.

(Le paragraphe 4 est adopté.)

M. le président. « Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte ; il sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en étant soumis aux mêmes obligations que les médecins visés au paragraphe 3 ci-dessus. » — (Adopté.)

L'ensemble de l'article 11, mis aux voix, est adopté.)

Les mutuelles et les médecins

Les médecins de Chambéry ont pris, vis-à-vis des sociétés de secours mutuels, une attitude caractéristique. Ees médecins d'assistance feront leurs visites à 1 fr. 50. Ils ont alors déclaré qu'*il ne serait pas digne de traiter les mutualistes à un prix inférieur à celui qu'ils ont consenti aux indigents.*

En consentant ces prix réduits, ils ont stipulé qu'ils demanderaient le complément aux sociétaires patrons ou notoirement aisés.

Les sociétés seront bien avisées de méditer les signes des temps et de payer, au moins aux médecins en égards, ce qu'elles ne leur payent pas en monnaie sonnante.

A. C.

Groupe médical parlementaire.

Séance du 30 *novembre*.

Présidence de M. Léon Labbé, sénateur.

Sur la proposition de son président, l'Assemblée adresse ses félicitations à l'*Association de la Presse médicale* pour son énergique campagne en faveur de notre malheureux confrère, M. le

docteur Lafitte ; elle charge M. *Pédebidou*, secrétaire du groupe, de transmettre cette résolution à M. *Cornil*, président du Comité de la Presse médicale.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la question des *médecins-adjoints des Lycées et Collèges* ; ils demandent que la gratuité absolue de l'externat soit accordée à leurs enfants. Ils avaient joui de cette immunité jusqu'en 1894 ; elle constituait une bien faible rémunération des services qu'ils sont appelés à rendre. Une décision ministérielle, récente, les oblige à payer, désormais, sans réduction, la rétribution scolaire de leurs enfants.

Après une discussion à laquelle prennent part de nombreux membres, la réunion décide qu'une démarche auprès du *Ministre de l'Instruction publique* s'impose ; elle charge son bureau de réclamer, avec vigueur, le retrait du dernier arrêté et de présenter à M. *Leygues* le vœu suivant :

« Le groupe parlementaire médical exprime le vœu :

1° Que les médecins titulaires et les médecins-adjoints de tous les Lycées et Collèges soient considérés comme des fonctionnaires de l'Université ;

2° Qu'à ce titre, ils soient, au point de vue de la rétribution scolaire de leurs enfants, assimilés aux professeurs et, par suite, complètement exonérés de la rétribution d'externat. »

—

M. Pédebidou expose les difficultés que rencontre l'*Association amicale des médecins français* pour l'approbation de ses statuts. Il y a dix ans, le ministère de l'intérieur s'était montré plus bienveillant pour une demande analogue ; il s'agissait de la *Caisse des pensions de retraite*.

Le groupe décide qu'une démarche sera faite par le bureau, auprès du Ministre de l'intérieur.

—

Au nom du groupe médical parlementaire, MM. *Léon Labbé* et *Cornil*, sénateurs, *Lannelongue* et *Pédebidou*, députés, se sont rendus, mercredi matin, chez M. Leygues, ministre de l'Instruction publique.

M. Léon Labbé a exposé les plaintes des médecins adjoints des Lycées ; il a démontré la légitimité de leurs revendications.

M. Leygues a protesté de ses sympathies pour le corps médical et, en particulier, pour les plaignants, mais, pour des raisons de haute convenance, il ne peut rapporter l'arrêté de son prédécesseur, M. Spuller. Il ne s'opposera pas à la prise en considération d'un amendement au budget de l'Instruction publique, portant inscription d'un crédit pour l'exonération de la rétribution d'externat en faveur des enfants des médecins-adjoints des lycées.

M. Pédebidou, secrétaire du groupe, a été chargé de présenter, à la Chambre, un amendement au budget.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de la Seine.

Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son Assemblée générale annuelle, le dimanche 25 novembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le président, le Dr Le Baron, après un discours éloquent, dans lequel il a retracé ce qu'était la médecine au siècle passé et ce qu'elle est aujourd'hui, a été nommé président d'honneur.

Le Conseil d'administration a ensuite rendu compte de ses travaux de l'année.

Le Syndicat a renouvelé son bureau, qui va se trouver composé pour cette année de la façon suivante :

Président: Dr Albert Le Blond, médecin de Saint Lazare ; — *Vice-Président* : Dr Sanin ; — *Secrétaire-Général* : Dr Birabeau ; — *Trésorier* : Dr Philippeau ; — *Membres* : MM. les docteurs Duchesne, Gourichon, Lévêque, Laloy, Fissiaux, Tachard, Chevallereau, Bellencontre, Noir, Berthod.

Le Syndicat de la Seine a déployé une grande activité toute l'année et recueilli une très grosse souscription en faveur du Dr Lafitte, qui dépasse croyons-nous, cinq mille francs, à l'heure actuelle.

Bel exemple de solidarité, à l'honneur des médecins de la Seine.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons demandé et nous avons obtenu que « les membres du Concours qui en feront demande, à l'administrateur des Deux Revues (Rose et bleue), M. Ferrari, 19, rue des Saints-Pères, recevront, pendant deux mois, à partir du 10 Décembre, le service gratuit d'une, ou des deux revues. »

— Les premiers excès de la sérothérapie : Vers le 15 ou 20 décembre les chevaux à la disposition de l'institut Pasteur seront immunisés et on pourra envoyer du sérum à toute demande.

Mais voilà déjà que les médecins commettent de graves erreurs. Il en est parmi eux, qui dans les cas désespérés, en sont venus à injecter à de malheureux enfants, des doses énormes de sérum. Un médecin, très autorisé disait, à ce propos : « Pourquoi ne pas y mettre le cheval avec ses fers ? ».

— *Sérothérapie*. — L'institut Pasteur dispose en ce moment d'environ 95 chevaux pour la préparation du sérum antidiphthérique, mais il faut bien compter encore un mois avant que la distribution du médicament puisse être faite assez largement.

On sait, en effet, qu'il ne faut pas moins de deux mois à deux mois et demi pour avoir un cheval fait, c'est-à-dire en état d'être saigné ; or il y a un mois à peine que le succès de la souscription a permis d'acheter des chevaux en nombre considérable. Cependant on sera en mesure le 20 décembre d'en fournir deux litres par jour, c'est-à-dire, pour toute la France. Dès lors, à quoi bon la création d'autres centres de production ? environ 150 chevaux subissent en ce moment, l'immunisaion à Alfort (M. Nocard) à Grenelle et à Garche (M. Louis Martin.

— *Exemple à suivre*. — Le service municipal de serumthérapie de Bordeaux dirigé par notre confrère, le Dr *Lande*, vient d'établir dans tous les commissariats de police, un dépôt de tubes de serum pour le diagnostic bactériologique de la diphthérie. Ces appareils sont délivrés aux médecins, soit sur une demande verbale personnelle, soit sur une lettre tenant lieu de récépissé. Les tubes de serum, contenus dans un petit nécessaire, sont accompagnés de toutes les instructions utiles.

— *Association de la Presse médicale.* — *Affaire Lafitte.* — La Commission, nommée par l'*Association de la Presse médicale* pour la souscription Lafitte, s'est réunie à nouveau le 20 novembre dernier.

Elle a décidé, pour justifier la réception des sommes qui lui ont été adressées, de publier une liste générale comprenant les noms de tous les souscripteurs, en indiquant à quels journaux, syndicats ou sociétés les fonds ont été remis. Aussi le secrétaire de la Commission serait-il très reconnaissant à MM. les trésoriers de ces journaux, syndicats ou sociétés de vouloir bien lui communiquer le tableau des souscriptions rassemblées par leurs soins. Il a semblé, en effet, à la commission qu'il y avait un intérêt majeur à savoir quel chiffre précis l'on avait atteint. Prière d'adresser, le plus tôt possible, ces renseignements à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association, 14, boulevard Saint-Germain.

— *Les médecins et la mort du tsar Alexandre III.* — L'Association de la Presse médicale française, qui, on s'en souvient, a organisé le banquet offert en octobre 1893, aux médecins de l'escadre russe venus à Paris, avait envoyé aux médecins de l'escadre russe de la Méditerranée, au Pirée, la dépêche suivante à l'occasion de la mort du Tsar : « L'Association de la Presse médicale française, profondément émue par le malheur qui frappe la Russie et la France, s'associant au deuil de la patrie entière, assure les médecins de l'escadre et de l'armée russes de la grand part qu'elle prend à la douleur immense de la nation amie, et leur adresse avec un confraternel salut, l'expression la plus vive de leur inaltérable sympathie. P: Cornil, président. »

M. Cornil a reçu la réponse que voici : « Le Pirée, 7 novembre, 5 h. 15, soir. Médecins escadre russe Méditerranée. Profondément touchés de vive sympathie témoignée par l'Association presse médicale dans un moment douloureux pour toute la nation russe, remercient chaleureusement confrères pour leurs condoléances fraternelles. Dr Okhotine. »

— Un médecin de Paris, le Dr Bouffler a été la victime d'une tentative d'assassinat, par un client qui l'accusait de la mort de son enfant, à qui il avait prescrit une potion. Le père ne l'administra pas, l'enfant mourut. M. Bouffler a reçu une balle dans le côté. Nous faisons des vœux pour son rétablissement.

— *Une victime du devoir.* — Un jeune médecin d'Yvetot, M. le Dr Georges Masson, gendre de M. Lechevalier, député de la Seine-Inférieure, vient de succomber à une fièvre typhoïde contractée, dit le *Journal de Montivilliers,* dans des circonstances particulièrement honorables. Appelé auprès de malheureux typhiques, abandonnés de tous et gisant au milieu des déjections, notre confrère, dans un élan du charité sublime, n'hésita pas à procéder au nettoyage de ces infortunés et de leur logement. Le Dr Masson était âgé de 34 ans.

Nous apprenons aussi, par le *Montpellier médical,* le décès du Dr Bonafoux, de Salindres, mort de diphtérie dans des circonstances exceptionnelles ; notre *Société de protection des victimes du devoir médical* fait son enquête sur ces deux décès qui honorent la profession.

— Sur la demande du Ministre de l'Instruction publique, M. le Ministre de la guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat, modèle G, délivré par le doyen de la Faculté des sciences, ou par le directeur de l'École de médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention : « Est actuellement inscrit à la Faculté des sciences de... et à l'École de médecine de... comme aspirant au doctorat en médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles). » Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première, le..., la deuxième, le..., etc., ne sont pas périmées ».

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3956. — M. le docteur Olivier, de Fleury-sur-Andelle (Eure), présenté par M. le docteur Bourdon, d'Etrépagny et membre du Syndicat du Vexin.

N° 3957. — M. le docteur Chauvet, de Tours (Indre-et-Loire), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret de faire part, à nos lecteurs, du décès d'un membre du Concours, le Dr Guéneau, député de la Côte-d'Or, ancien maire de Nolay, décédé à l'âge de 41 ans, par suite d'une congestion pulmonaire. Il était un des promoteurs de la récente reconstitution du *Groupe médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 50 15 Décembre 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU
CORPS MÉDICAL FRANÇAIS
FONDÉE EN 1884

SIÈGE SOCIAL : 22, Place Saint-Georges, PARIS

Comité Directeur.

Président :

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, *boulevard Saint-Germain, 176, Paris*.

Vice-président :

M. le Dr Lande, vice-président de l'Association des médecins de la Gironde, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, *place Gambetta, 34, Bordeaux*.

Secrétaire général :

M. le Dr Delefosse, ex-président de la Société médicale du 9e arrondissement, rédacteur en chef des *Annales des maladies des organes génito-urinaires, place Saint-Georges, 22, Paris*.

Trésorier :

M. le Dr Verdalle, secrétaire de l'Association des médecins de la Gironde, médecin des hôpitaux, *rue Guillaume-Brochon, 5, Bordeaux*.

Secrétaire du Comité :

M. le Dr Maurat, membre du Conseil de Direction du *Concours médical* et de l'*Union des Syndicats, à Chantilly (Oise)*.

Contrôleurs :

MM. Cézilly, président de l'Association des médecins de l'Oise, Directeur du *Concours médical*, Syndic de la *Presse médicale*. — Gassot, membre du conseil de direction du Concours Médical, trésorier de l'Association Amicale pour l'indemnité maladie, à *Chevilly (Loiret)*.

Comité des Censeurs.

Le bureau devra être renouvelé à la première séance.

Membres :

MM. Baronnet (Mantes).— Clochepin (Paris).— Sutils, La Chapelle-la-Reine (S.-et-M.), sortants en 1895.

MM. Porson (Nantes).— Moreau (Versailles).— Millet (Crépy-en-Valois), sortants en 1896.

MM. De Ranse (Paris). — Saint-Philippe (Bordeaux). — Bardy (Belfort), sortants en 1897.

Bienfaiteurs.

Dr Dujardin-Beaumetz, président de l'œuvre.

Le *CONCOURS MÉDICAL.*

Le Dr Rafaillac, Président du Syndicat du Médoc.

Le *JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.*

MM. G. Gounouilhou, imprimeur du *Journal de Médecine de Bordeaux* et Daix frères, imprimeurs du *Concours médical*, à Clermont (Oise), qui ont accordé des rabais considérables pour l'impression des Statuts.

NOTA. — Ecrire pour toutes demandes de renseignements au Secrétaire général :

Dr DELEFOSSE,

22, place Saint-Georges, Paris.

STATUTS

CHAPITRE Ier.

Institution et Administration.

Art. 1er. — Il est institué à Paris une Caisse des Pensions de Retraite pour les docteurs-médecins et officiers de santé, de nationalité française, légalement autorisés à exercer leur profession en France.

Le siège social de cette institution est à Paris, place Saint-Georges, no 22.

Art. 2. — Pour être admis à participer à la Caisse de Retraite, il faut être présenté par deux membres adhérents, fournir la preuve qu'on appartient au Corps médical du pays, et prendre un engagement conforme au modèle ci-après (1) et sur une feuille de papier timbrée simple.

Les étudiants en médecine régulièrement inscrits dans une des Facultés de l'État,

Et les femmes des médecins faisant partie de l'institution,

Sont assimilés aux médecins et peuvent être admis aux mêmes conditions, pour jouir des mêmes droits et des mêmes avantages.

L'admission définitive des adhérents est prononcée par le Comité Directeur.

Art. 3. — La Caisse est gérée par un Comité Directeur, sous la surveillance d'un Conseil de Censeurs. Le mandat des membres de ces deux Collèges est gratuit ; il ne leur sera alloué que des indemnités de voyage et des frais de bureau.

Art. 4. — Le Comité Directeur est composé de *sept* membres, tous participants :

Un Président ; un Vice-Président ; un Secrétaire général ; un Secrétaire ; un Trésorier ; deux Contrôleurs.

Le Comité Directeur représente la Société vis-à-vis des tiers. En cas de besoin, il peut déléguer tel pouvoir ou telle fonction qu'il sera nécessaire, pour les intérêts de l'Œuvre, à l'un de ses membres ou à l'un des Censeurs, ou même à un adhérent ; mais, dans ce dernier cas, le choix devra être ratifié par le Conseil des Censeurs.

Les membres du Comité sont nommés par l'Assemblée générale des participants et à la majorité absolue des suffrages, pour le terme de cinq ans. Ils sont toujours rééligibles.

Ils s'assemblent selon les nécessités, mais au moins une fois par semestre, et peuvent délibérer au nombre de quatre membres, après convocation régulière de tout le Comité.

Nul ne peut être élu membre du Comité Directeur, s'il ne jouit de ses droits civils et civiques.

Sera réputé démissionnaire du Comité tout membre de ce Collège qui, sans motif valable, aura manqué à trois séances consécutives.

Les procès-verbaux du Comité Directeur sont transcrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire.

Le Président du Comité Directeur adresse, à l'autorité compétente, à la fin de chaque exercice, le compte rendu moral et financier de la Société, et il fait connaître les changements qui peuvent se produire dans la composition du Bureau.

Art. 5. — Le Conseil des Censeurs est composé de *neuf* membres, tous participants, dont quatre au moins pour les départements.

Il choisit, dans son sein, un Président, un Vice-président et un Secrétaire.

Chaque année les Censeurs sont nommés par l'Assemblée générale des participants, à la majorité absolue des suffrages, pour le terme de trois ans. Le renouvellement s'opère tous les ans par tiers. Les membres sortants sont immédiatement rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Censeur, il est pourvu à son remplacement dans la prochaine Assemblée générale des participants, mais le membre nommé achève seulement le temps du Censeur décédé ou démissionnaire.

Le Conseil des Censeurs se réunit au moins une fois l'an. Il peut être convoqué plus souvent par son Président, assisté du Secrétaire, ou par le Comité Directeur. Il a pour principale attribution de surveiller la gestion du Comité Directeur ; à cet effet, il peut demander, à un moment quelconque, un exposé de la situation financière de la Caisse et doit présenter à l'Assemblée générale un rapport sur cette gestion.

Il peut délibérer au nombre de trois membres. Les résolutions sont prises à la majorité absolue des suffrages. Dans toutes les réunions de ces Assemblées, en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les procès-verbaux des séances du Conseil des Censeurs sont transcrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire.

Art. 6. — Le Comité Directeur et le Conseil des Censeurs forment le Conseil général de l'Œuvre. Le Conseil général se réunit au moins une fois par an, sur la convocation du Président du Comité Directeur, ce Comité faisant fonction de Bureau du Conseil général.

Le Conseil général statue sur toutes les contestations en matière de pensions, de cotisations, etc. ; sur les cas d'exclusion et en général sur toutes les questions personnelles, qu'il y aurait inconvénient à soumettre à l'Assemblée générale.

Pour que le Conseil général puisse délibérer

(1) Voir à la page 614.

il faut, au moins, la présence de sept membres. Les décisions sont prises à la majorité absolue des suffrages; en cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les décisions du Conseil général sont actées immédiatement et signées par les deux Présidents et les deux Secrétaires.

Les adhérents s'obligent à recourir à l'arbitrage du Conseil général, avant de s'adresser à toute autre juridiction.

Art. 7. — Une Assemblée générale des participants a lieu, chaque année, à Paris ; elle est provoquée et présidée par le Comité Directeur.

Pour des causes graves et urgentes, le Comité Directeur pourra convoquer une Assemblée générale extraordinaire.

D'une façon générale, toutes les convocations doivent être adressées aux intéressés dix jours au moins avant la date de la réunion qui en fait l'objet.

L'Assemblée générale nomme les membres du Comité Directeur et les Censeurs; elle entend les rapports annuels du Secrétaire général du Comité Directeur et du Secrétaire du Conseil des Censeurs; elle reçoit communication du rapport annuel du Trésorier et décide, d'une façon souveraine, toutes les questions non prévues par les Statuts.

Les adhérents, qui se trouvent empêchés d'assister à la réunion ayant pour but de nommer le Comité Directeur et les Censeurs, pourront prendre part au vote, en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au Président de la réunion.

Les décisions de l'Assemblée générale sont obligatoires pour tous les adhérents; elles sont prises à la simple majorité des membres votants, sauf en cas de modifications aux Statuts. Celles-ci doivent, après avoir figuré à l'ordre du jour, rallier les suffrages des trois quarts au moins des membres présents. Dans aucun cas, ces modifications ne pourront porter atteinte aux principes fondamentaux de la Caisse.

Aucune motion ne sera mise à l'ordre du jour ou discutée, si elle n'a pas été formulée par écrit, signée par dix adhérents et communiquée au Président et au Secrétaire général du Comité Directeur, un mois au moins avant l'Assemblée générale.

Les discussions religieuses et politiques sont formellement interdites dans les réunions du Bureau et les Assemblées générales.

Les modifications qui seraient apportées aux présents Statuts devront, avant leur mise en vigueur, être soumises à l'autorisation de M. le Ministre de l'Intérieur.

CHAPITRE II.

Participation et Cotisations.

Art. 8. — Les participants à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français payeront annuellement des cotisations indiquées par les tableaux ci-contre, suivant le mode de versement qu'ils choisiront, à leur entrée dans l'Association.

Les âges portés sur ces tableaux sont comptés au 1er janvier de l'année courante. La retraite est donc acquise le 1er janvier qui suit l'accomplissement de la soixantième année et dès ce moment le sociétaire n'a plus aucune cotisation à verser.

TABLEAU A

Prime annuelle à verser pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans).

AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite	AGE d'entrée	PRIME	AGE de retraite
	Fr.			Fr.	
20	96	60	43	389	60
21	101	60	44	421	60
22	106	60	45	460	60
23	112	60	46	503	60
24	119	60	47	552	60
25	125	60	48	612	60
26	132	60	49	682	60
27	139	60	50	769	60
28	146	60	51	735	61
29	155	60	52	701	62
30	164	60	53	669	63
31	174	60	54	637	64
32	184	60	55	605	65
33	195	60	56	575	66
34	207	60	57	545	67
35	221	60	58	516	68
36	235	60	59	489	69
37	251	60	60	464	70
38	269	60	61	440	71
39	288	60	62	418	72
40	309	60	63	395	73
41	331	60	64	372	74
42	359	60	65	350	75

TABLEAU B

Somme à payer comme **Entrée** *pour jouir de la retraite à soixante ans d'âge (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) en ne versant plus qu'une annuité de cent vingt-cinq francs.*

AGE d'entrée.	ENTRÉE	AGE de retraite.	AGE d'entrée.	ENTRÉE	AGE de retraite.
	Fr.			Fr.	
26	141	60	46	4270	60
27	290	60	47	4551	60
28	448	60	48	4847	60
29	599	60	49	5167	60
30	765	60	50	5493	60
31	932	60	51	5203	61
32	1107	60	52	4913	62
33	1238	60	53	4640	63
34	1466	60	54	4367	64
35	1654	60	55	4094	65
36	1863	60	56	3838	66
37	2072	60	57	3582	67
38	2293	60	58	3335	68
39	2509	60	59	3104	69
40	2738	60	60	2891	70
41	2965	60	61	2688	71
42	3218	60	62	2499	72
43	3477	60	63	2303	73
44	3729	60	64	2107	74
45	3999	60	65	1919	75

TABLEAU C

Proportion de la retraite exprimée en millièmes obtenue à soixante ans (entrée au-dessous de cinquante ans) ou après dix ans de participation (entrée après cinquante ans) par les adhérents n'ayant versé, quel que soit leur âge d'entrée dans l'Œuvre, que l'annuité type de cent vingt-cinq francs.

AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1,200 fr.	AGE de la retraite	AGE d'entrée	MILLIÈMES de la retraite totale	VALEUR réelle la retraite type étant 1,200 fr.	AGE de la retraite
26	946	1134	60	46	248	297	60
27	899	1079	60	47	226	271	60
28	853	1023	60	48	204	244	60
29	807	968	60	49	183	219	60
30	762	914	60	50	163	195	60
31	718	861	60	51	170	204	61
32	680	816	60	52	178	211	62
33	641	769	60	53	187	224	63
34	604	725	60	54	196	235	64
35	568	681	60	55	207	248	65
36	532	638	60	56	217	260	66
37	494	593	60	57	229	275	67
38	465	558	60	58	242	290	68
39	434	521	60	59	255	306	69
40	404	485	60	60	268	322	70
41	376	451	60	61	284	340	71
42	348	418	60	62	299	359	72
43	321	385	60	63	318	381	73
44	296	355	60	64	336	403	74
45	271	325	60	65	357	428	75

Les cotisations des tableaux A et B donnent droit à la retraite totale type, mais il est permis aux adhérents de verser 1/2, 1, 1 1/2, 2, 3, 4 fois la cotisation ; ils auront alors droit à 1/2, 1, 1 1/2, 2, 3, 4 fois la retraite type.

De même les adhérents qui choisiront le tarif C pourront verser 62.50, 125, 187.50, 250, 312 fr.50., etc., par an pour obtenir 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2 1/2 etc., fois la retraite proportionnelle indiquée par ce tarif, sans pouvoir dépasser toutefois le quadruple de la retraite type.

Tout adhérent peut, à un moment quelconque de sa participation à l'Œuvre, passer de l'une à l'autre de ces combinaisons. Sa pension sera calculée d'après le capital total qu'il aura acquis par la capitalisation à 3 %, de ses versements successifs, jusqu'au moment de son entrée en jouissance de la retraite.

Les cotisations sont exigibles le 1er mars de chaque année ; elles devront arriver *franco* au Trésorier, qui pourra les faire recouvrer par la poste, à partir de cette date, aux frais des retardataires.

Les adhérents qui en feront la demande au Trésorier, pourront se libérer en deux paiements, l'un au 1er mars, l'autre au 1er septembre.

Art. 9. — En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance pour le participant. Toutefois, sa pension ne pourra, dans aucun cas, être liquidée s'il n'a pas versé au moins dix annuités.

Si le participant a versé au moins dix annuités, au moment où il atteint soixante ans, le Comité Directeur aura mission de calculer la retraite proportionnelle à laquelle ces versements lui donneront droit. Le Comité Directeur sera chargé, en outre, si le participant en fait la demande, d'établir l'arrérage ou la nouvelle annuité qu'il aura à payer jusqu'à un âge déterminé, pour récupérer la retraite totale.

Mais il faudra toujours, pour arriver à la retraite, soixante ans d'âge et dix années au moins de participation effective, c'est-à-dire avec versement régulier de la cotisation.

Sera considéré comme interruption le non paiement d'une annuité. Un simple retard de moins d'un an entraînera pour le retardataire l'obligation de payer à la caisse l'intérêt du montant de sa cotisation calculé au taux de 5 %.

CHAPITRE III

Comptabilité et contrôle.

Art. 11. — Les fonds et les valeurs appartenant à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français seront déposés à la Banque de France.

Art. 12. — Le Trésorier ne devra laisser en compte courant, libre et sans emploi, que la somme nécessaire aux besoins du service courant. Les autres sommes devront être immédiatement placées en valeurs françaises de tout repos, telles que fonds d'Etat français, obligations foncières garanties par l'Etat, obligations du Crédit foncier de France, emprunts de villes françaises.

Les ordres d'achat ou de vente de ces valeurs seront donnés au moyen de bulletins, tirés de livres à souches particuliers, revêtus, ainsi que les talons, des signatures du Trésorier et de deux membres du Comité, délégués à cet effet, par le Comité lui-même, et portant mention de la date et du chiffre des valeurs à vendre ou à acheter.

Les valeurs seront établies en titres nominatifs, *au nom de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, ou déposées à la Banque de France. L'aliénation de ces valeurs ou leur retrait, ne pourra s'effectuer qu'après une délibération spéciale du Comité Directeur et sur le reçu du Trésorier et des deux membres du Comité délégué auprès de lui.

Art. 13. — A chaque réunion du Comité Directeur, le Trésorier fournit un état de l'avoir social vérifié et contresigné par les deux délégués.

Art. 14. — Le Comité Directeur fixe seul l'emploi des fonds disponibles et décide tous ordres d'achat, de vente ou de paiement.

Art. 15. — Le Trésorier pourra être autorisé à garder libre et sans emploi la somme jugée nécessaire par le Comité pour subvenir aux dépenses courantes, telles qu'indemnités de voyage, frais de bureau, correspondance, menus comptes, etc.

CHAPITRE IV

Retraites.

Art. 16. — Le service de la caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français ne fonctionne pas pendant les dix premières années. Les sommes versées à la Caisse pendant cette période constitueront un capital inaliénable.

Par la suite, le capital inaliénable sera augmenté tous les ans de 25 % de la somme disponible, après paiement des pensions et prélèvement des sommes nécessaires au fonctionnement de la caisse de réserve et de la caisse auxiliaire, ainsi qu'il est dit aux articles 21 et 28 et de tous les dons manuels, abandons de pensions, etc., ayant reçu des donateurs cette destination spéciale.

Art. 17.— Le droit à la retraite ne s'ouvre, pour chaque adhérent, qu'après soixante ans d'âge et dix ans de participation dans la même combinaison, pendant lesquels il aura régulièrement versé ses cotisations.

Art. 18. — A dater de 1894, les adhérents, qui, après trois ans au moins de participation, tomberont dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession, pourront, sur leur demande justifiée et après avis favorable du Comité Directeur, se voir attribuer annuellement, par l'Assemblée générale, une pension dont le titre ne pourra excéder celui de la pension totale type ou de la retraite souscrite.

Art. 19. — Les femmes des adhérents, faisant partie elles-mêmes de l'Association, pourront, à la mort de leur mari, demander la liquidation immédiate de leur pension personnelle, qui sera réglée proportionnellement au chiffre pour lequel elles auront souscrit, au prorata du capital acquis par leurs versements effectués et d'après la vie moyenne, à leur âge, suivant la table de Deparcieux.

Le tableau D, qui suit, établit le chiffre proportionnel de cette pension pour les cas où la retraite totale type serait acquise à l'âge de soixante ans.

TABLEAU D

Proportion, exprimée en millièmes, de la pension qu'elle aurait acquise à soixante ans d'âge, qui sera servie à la veuve, d'après l'époque du veuvage, à 60 ans d'âge.

AGE de la veuve.	PROPORTION pour 1.000 de pension totale	AGE de la veuve.	PROPORTION pour 1.000 de pension totale	AGE de la veuve.	PROPORTION pour 1.000 de pension totale
21	360	34	452	47	635
22	364	35	461	48	655
23	370	36	471	49	675
24	377	37	482	50	697
25	383	38	492	51	721
26	390	39	505	52	746
27	398	40	518	53	770
28	403	41	532	54	799
29	411	42	546	55	826
30	418	43	563	56	855
31	426	44	580	57	890
32	435	45	596	58	924
33	443	46	615	59	960

Art. 20. — La Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français sert des pensions viagères et annuelles, qui sont établies sur les bases suivantes :

A partir de 1894, les recettes ordinaires indiquées dans le bilan du 31 décembre précédent, déduction faite des retenues prévues par les articles 16 et 28 et des frais d'administration, seront partagées, chaque année, entre les ayant-droit à la pension, jusqu'à concurrence de 1200 fr. au maximum, par tête, pour la retraite type.

Les recettes ordinaires sont constituées par le total des cotisations de l'année, leurs intérêts, et les intérêts des capitaux.

Art. 21. — La pension ne pourra, pour le moment, dépasser le chiffre maximum de 1.200 fr.

Si la portion disponible des recettes ordinaires est plus que suffisante pour porter la pension à ce chiffre, l'excédent sera réparti de la manière suivante :

25 % au capital inaliénable et 75 % constituant une caisse de réserve, destinée à parfaire, en cas de besoin, les années suivantes, le chiffre des pensions.

Art. 22. — Le droit à la pension est vérifié par le Comité Directeur et confirmé par le Conseil général.

Art. 23. — Le chiffre de la retraite est calculé, chaque année, par le Comité Directeur, d'après le chiffre des recettes et le nombre des ayants-droit ; il est approuvé par le Conseil général.

Art. 24. — La retraite sera servie, aussitôt après la tenue de l'Assemblée générale annuelle statutaire, au pensionnaire lui-même, ou lui sera adressée, à ses frais, après présentation de son bulletin de naissance, d'un certificat de vie au 1er janvier de l'année courante. Le certificat de vie doit être renouvelé tous les ans.

CHAPITRE V.

Dispositions générales.

Art. 25. — La durée de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français est illimitée. Le Comité Directeur fera toutes les diligences nécessaires pour la faire reconnaître d'utilité publique.

Il s'efforcera d'obtenir que les retraites soient, au moins en partie, incessibles et insaisissables.

Art. 26.— Toute personne, qui aura fait à l'Œuvre des dons manuels ou générosités quelconques sera inscrite, avec le titre de Bienfaiteur, sur une liste qui sera publiée annuellement.

Art. 27. — En cas de dissolution, la liquidation s'opérera d'après les règles du droit commun, à moins, toutefois, qu'une Assemblée générale, spécialement convoquée à cet effet, n'en décide autrement.

CHAPITRE VI.

Caisse auxiliaire.

Art. 28. — Une Caisse spéciale sera annexée à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français. Elle sera alimentée par une retenue de 1 % sur les recettes ordinaires de la Caisse et par les ressources propres qui pourront lui être créées ultérieurement, en particulier par un droit d'entrée fixe, imposé aux nouveaux adhérents suivant l'âge et la prospérité de l'Œuvre. Elle recevra, en outre, d'une façon générale, toutes les recettes extraordinaires, telles que dons manuels, abandons de pensions, etc., sans destination spéciale.

Art. 31. — La Caisse auxiliaire aura pour ob-

jet de faire face aux diverses nécessités qui pourraient se présenter et auxquelles ne peut parer la Caisse de Retraites.

Elle servira, en particulier, les pensions accordées en vertu de l'article 18 et viendra en aide aux veuves et aux orphelins des participants.

Elle sera administrée exclusivement par le Comité Directeur, qui devra rendre compte au Conseil des Censeurs et à l'Assemblée générale, de l'emploi de ses fonds.

19 octobre 1894.

Le Président, DUJARDIN-BEAUMETZ. *Le Vice-Président,* LANDE.

Le Secrétaire général, DELEFOSSE.

Situation de la Caisse des pensions de retraite au 1er janvier 1894, au moment de la délivrance des premières pensions.

Rapport de M. le Dr Verdalle

TRÉSORIER DE LA CAISSE DES PENSIONS.

Notre bilan au 31 décembre 1893 était établi ainsi :

NOMS DES COMPTES	ACTIF Comptes débiteurs.	PASSIF Comptes créanciers.
Capital..........Fr.		461.164 50
Caisse..........	6.314 80	
Caisse des Pensions..........	2.427 »	
Obligations communales 1879	9.700 »	
— du Midi..........	60.259 50	
Rente 3 % amortissable..........	151.317 »	
Obligations foncières 1883..........	42.550 »	
— foncières 1886-92	25.075 »	
— Orléans..........	47.000 »	
— foncières 1879..........	9.670 »	
— P.-L.-M..........	53.187 50	
Rente 3 %..........	58.980 »	
Caisse auxiliaire..........		5.316 30
	466.480 80	466.480 80

Il ressort des chiffres de ce bilan que nous étions comptables à la fin du dernier exercice :

1° Au compte capital de..........Fr.	461.164 50
2° Au compte Caisse auxiliaire de..........	5.316 30
ENSEMBLE..........	466.480 80

Cette somme était représentée exactement :

1° Par des espèces en caisse au 31 décembre 1893..........	6.314 80	
2° Par les valeurs en portefeuille à cette même date....	457.739 »	
3° Par la dette contractée par la Caisse des Pensions vis-à-vis de la Caisse auxiliaire.	2.427 »	
ÉGAL..........		466.480 80

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que la Caisse auxiliaire est alimentée par un modeste prélèvement opéré sur les recettes de la « Caisse des Pensions », et vous constaterez avec plaisir que la Caisse auxiliaire a à son crédit au 31 décembre 1893 provenant tant de dons particuliers que de la retenue statutaire de 1 % sur la recette brute. — 5.316 30

Après vous avoir déclaré que notre capital était, au 31 décembre 1893, de.... 461.164 50

il sera intéressant pour vous d'apprendre comment nous avons formé ce capital. C'est d'une grande simplicité.

Les cotisations ont apporté :

En 1884..........Fr.	20.541 »	
En 1885..........	37.646 20	
En 1886..........	34.667 »	
En 1887..........	34.941 40	
En 1888..........	30.595 10	
En 1889..........	32.351 90	
En 1890..........	42.635 25	
En 1891..........	31.318 60	
En 1892..........	44.284 05	
En 1893..........	44.191 45	
		373.224 95

Les valeurs — titres, actions ou obligations divers — ont produit les intérêts suivants, savoir :

En 1884..........F.	207 60	
En 1885..........	1.200 50	
En 1886..........	3.306 75	
En 1887..........	4.326 55	
En 1887..........	5.762 65	
En 1889..........	6.925 40	
En 1890..........	8.084 40	
En 1891..........	9.763 40	
En 1892..........	11.515 15	
En 1893..........	13.105 85	
		64.198 25

Et la plus-value résultant de la différence entre le prix d'achat des valeurs et le cours au 31 décembre 1893 a été de.... 34.197 95

TOTAL.......... 471.621 15

A déduire les frais généraux qui ont été :

En 1884..........F.	530 94	
En 1885..........	1.433 53	
En 1886..........	1.735 02	
En 1887..........	748 39	
En 1888..........	1.046 75	
En 1889..........	1.090 10	
En 1890..........	1.221 66	
En 1891..........	697 97	
En 1892..........	577 23	
En 1893..........	1.369 06	
		10.456 65
ÉGAL AU TOTAL..........F.		461.164 50

Toutes nos opérations sont résumées dans les chiffres qui précèdent. Le détail, année par année, en est écrit au livre dit *des Inventaires*, livre dressé conformément à la loi et aux règles de la comptabilité.

Si nous n'avions été aussi intéressés que vous tous à la prospérité de notre Association et si notre modestie ne pouvait en être offensée, nous tirerions vanité de l'administration de nos finances pendant cette première période décennale ; nous nous permettrons seulement de constater que nous avons été servis par un rare bonheur dans l'achat des valeurs représentant notre capital, puisque leur plus-value s'est élevée au 31 décembre 1893, au chiffre énorme de 34.197 fr. 95.

D'autre part, si vous considérez que nous avons fait figurer dans les frais généraux tous les débours de transferts et de conversions de nos titres, vous trouverez que nous avons été économes des deniers de la Société. Je répète donc ici, et avec intention, que nos frais généraux n'ont pas dépassé, en dix ans, 10.456 fr. 65, soit une moyenne par an de 1.045 fr. 66.

Considérations destinées à démontrer le fonctionnement de la Caisse

RAPPORT DE M. DELEFOSSE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Ces statuts, quoique très clairs, très complets, ne sont pas toujours compris de ceux auxquels ils sont adressés ; j'en ai pour preuve les nombreuses lettres que je reçois, lettres émanant de confrères demandant des explications et surtout lettres démontrant combien les questions d'assurances sont généralement peu connues du Corps médical.

Dans ces conditions, il m'a semblé utile de réunir en quelques pages, à la suite des statuts, les notions nécessaires pour bien faire comprendre les rouages de notre Association. Ces notions, je les ai puisées dans les notes de notre cher Vice-Président, le Dr Lande, notes qui accompagnent la première impression de nos statuts, dans les comptes rendus des Secrétaires généraux et enfin dans les réponses que j'ai faites à chaque demande particulière.

Je crois que la publication de nos statuts ainsi comprise, que leur envoi à tous les médecins français, qui exercent honorablement la profession, contribueront à amener à notre Caisse de nouveaux adhérents ; car c'est sur nous, sur notre activité, sur notre désir d'être utiles à la Société, sur notre propagande qu'il faut seulement compter.

Evidemment, c'est dans notre Société que *la propagande par le fait* donnera les meilleurs résultats ; quand les confrères verront comme en 1894 un de nos adhérents toucher régulièrement ses 1,200 francs de rente, quand les médecins, à la tête de nos grandes Associations charitables, sentiront combien notre organisation peut leur ôter de bouches imprévoyantes à nourrir, alors tous comprendront l'utilité, j'ajouterai la nécessité de notre Caisse, et riches et pauvres, j'en ai la douce espérance, viendront s'inscrire dans nos rangs, les uns par bienveillance, les autres par prévoyance.

Je viens de prononcer le mot *nécessité* ; en effet, mes chers Collègues, cette Caisse est nécessaire ; d'abord, parce qu'elle remplit une lacune sociale : s'assurer pour ses vieux jours une somme qui mette à l'abri de la misère, de cette misère d'autant plus sinistre et épouvantable, qu'elle arrive à la fin de la vie ; c'est le rêve de tout homme qui vit en société, même ayant une aisance personnelle. Parmi les magistrats, les militaires, les employés des grandes administrations, les membres des Sociétés philanthropiques, des Sociétés de secours mutuels, beaucoup ont en vue la retraite, beaucoup acceptent des émoluments souvent très modestes, parce qu'ils savent qu'il y a une retraite à un âge déterminé ; et il faut que cette préoccupation soit bien juste et bien vraie, pour qu'elle existe dans tant de cerveaux différents.

Ensuite parce qu'il était indispensable que le médecin qui veut s'assurer, trouve dans une Caisse de Retraite spéciale des avantages qui lui permettent de faire une assurance que la cherté des primes lui défendait, à une Compagnie ordinaire.

Cette idée générale de l'utilité de la création d'une Caisse de Retraite vous montre de suite qu'il n'y avait à étudier, dans le cas actuel, qu'une seule combinaison d'assurances, celle que les Compagnies désignent sous le nom de « *rentes viagères différées à long terme, sur une tête, moyennant une prime unique et annuelle assurant une rente viagère à une époque déterminée.* »

Les bases sur lesquelles cette Caisse a été créée ont été bien étudiées et élucidées par le Dr Lande.

1° *L'âge normal de la retraite est fixé à soixante ans.*

Cet âge a paru à quelques-uns de nos confrères trop élevé ; il y a bien peu de médecins qui arrivent à soixante ans, disent-ils ; il faudrait rabattre à cinquante ans.

Il est évident que l'âge de cinquante ans serait plus accessible ; mais, comme malheureusement notre Société est basée sur des chiffres, et qu'il n'y a rien de brutal comme eux, il est facile de se rendre compte que, porter la retraite à cinquante ans, c'est du même coup augmenter de beaucoup les primes à payer annuellement. Je cite des chiffres pris dans les tarifs des Compagnies.

Une personne de quarante ans veut avoir une rente viagère de 1,200 francs à soixante ans, elle paiera une prime annuelle de 447 fr. environ ; la même rente viagère à cinquante ans, la forcera à payer une prime annuelle de 1,564 francs ; c'est à dire une différence annuelle de 1,117 francs.

Quoique nos primes soient bien moins élevées que celles des Compagnies, vous voyez de suite combien peu de médecins pourraient profiter de notre Caisse. Quelques confrères nous ont demandé s'il ne serait pas possible d'avoir, comme dans l'armée, des retraites proportionnelles ou, comme dans les Compagnies d'assurances, un tarif répondant à tous les âges. C'est une question que le Bureau peut mettre à l'étude et envisager si vous le désirez ; mais il est impossible d'en discuter ici le pour et le contre.

2° *La participation minima sera de dix années.*

Cette base s'explique d'elle-même ; rien ne serait plus facile sans cela de s'assurer à cinquante-neuf ans, de verser le capital type 7,365 francs et de toucher l'année suivante 1,200 francs de rente ; ce serait un très bon placement pour le confrère, mais la caisse serait vite à sec.

3° *Chiffre de la cotisation annuelle.*

Le chiffre de la cotisation annuelle, ou prime, a été établi sur ce point commun de comparaison : le capital constitué par chaque adhérent, à son profit, par l'accumulation à intérêts composés des diverses annuités versées par lui depuis son entrée dans l'Œuvre jusqu'à l'époque de l'obtention de sa retraite (le taux d'intérêt adopté étant de 4 %).

Dans le cas type, entrée à vingt-cinq ans, prime annuelle 125 francs, retraite à soixante ans, le capital ainsi constitué s'élève à 7,365 francs pour une somme réellement versée de 4,375 francs.

Il a été admis que les adhérents, entrant à un âge autre que l'âge type, vingt-cinq ans, pourraient choisir trois modes différents de cotisation :

1° Verser tous les ans une cotisation telle que, quel que soit leur âge d'entrée, ils acquièrent jusqu'à soixante ans le capital type de 7,365 francs ;

2° Verser en une fois l'arrérage représentant le capital déjà acquis, au moment de l'entrée, par un adhérent de leur âge, entré à vingt-cinq ans, pour continuer à verser comme celui-ci la cotisation type de 125 francs par an ;

3° Verser, quel que soit l'âge d'entrée, seulement la cotisation type de 125 francs par an, pour n'acquérir alors qu'un capital inférieur au capital type 7,365 francs et n'avoir droit qu'à une retraite qui soit à la retraite type 1,200 francs, ce que ce capital est au capital type 7,365 francs.

Si l'âge type de la retraite, soixante ans, était seul admis, l'obligation de dix années de participation rendrait impossible, à partir de cinquante ans, la participation à la Caisse des Pensions. Il a été admis au contraire qu'on pourrait entrer dans l'Œuvre à tout âge et par conséquent obtenir la retraite à un autre âge que soixante ans, qui reste seulement l'âge minimum de l'obtention de la retraite.

Mais les adhérents qui n'arrivent à la pension qu'après soixante ans, ont une survie moyenne d'autant moins considérable qu'ils sont plus âgés ; il serait donc injuste de leur faire payer des cotisations correspondantes au capital type de 7,365 francs. Devant jouir moins longtemps de la retraite, il suffit qu'ils acquièrent un capital qui soit, à ce capital type, ce que leur survie moyenne est à la survie moyenne des gens âgés de soixante ans.

C'est en tenant compte de cette nouvelle donnée, qu'ont été calculés les annuités et les arrérages dus

par les adhérents qui, entrant après cinquante ans, ne doivent arriver à la retraite qu'à soixante-cinq, soixante-dix ou soixante-quinze ans. Les calculs n'ont pas été poussés au delà, par la raison bien simple que la survie moyenne après soixante-cinq ans étant moindre de dix ans, il n'y a plus intérêt à participer à une œuvre qui, exigeant dix ans de participation effective, ne laisse plus grandes chances de jouir utilement des avantages qu'elle promet.

Ces bases étant bien établies, voyons, maintenant, quels sont les avantages que la Caisse offre aux médecins, vis-à-vis des Compagnies d'assurance.

1° D'abord *la prime est moins élevée.*

Je reprends l'exemple de tout à l'heure :

A quarante ans, dans une Compagnie, la personne qui veut s'assurer une rente viagère de 1,200 francs à soixante ans paiera une prime annuelle de 447 fr. environ. Chez nous, elle paie 309 francs, soit une diminution de 138 francs ; ce qui, au bout de vingt ans, fait un capital d'économie de 2,760 francs, sans compter les intérêts accumulés.

2° *Le médecin peut suspendre ses paiements sans pour cela être rayé des participants.*

Personne n'ignore qu'un des gros bénéfices des Compagnies consiste dans la perte d'une partie de l'argent versé par l'assuré, quand ce dernier ne peut continuer le versement des primes. A la Caisse médicale, il n'en est pas de même. Si un participant se voit dans l'obligation de retarder un paiement annuel, il lui suffira de le rembourser, quand il pourra, à un intérêt de 5 %. Il peut rester plusieurs années sans payer, tout en continuant de faire partie de la Société, quoique les années non payées ne soient pas comptées comme temps de participation ; on ne lui demande qu'une chose, pour liquider sa retraite, c'est qu'il ait fait à la Caisse au moins dix versements annuels. Si ces dix versements constituent à son avoir au moment de la liquidation une somme inférieure à 7,365 francs, il touche une retraite proportionnelle. Mais si, pendant ses dix années de cotisation, il a versé des arrérages et reconstitué le capital type de 7,365 francs, il touche la retraite type de 1,200 francs.

3° Je ferai observer qu'il existe un point capital qui différencie les deux Sociétés. La Compagnie ne reconnaît pas les suspensions de paiement des primes et ne s'occupe pas des causes de cette suppression ; chez nous, il n'en est pas de même ; un confrère tombe-t-il dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de la profession ? Sur sa demande justifiée, le Comité-Directeur pourra lui attribuer immédiatement une pension. Cette pension ne sera, dans aucun cas, supérieure à la pension primitivement souscrite par l'adhérent et elle ne pourra pas non plus excéder 1,200 francs, chiffre de la retraite totale type.

Je terminerai ce travail en répondant aux deux objections suivantes qui ont été souvent formulées contre les statuts de la Caisse :

I. — La perte de tous les versements faits, si le membre participant meurt avant l'âge de la retraite acquise.

Il suffit de réfléchir quelques instants, pour se rendre compte de l'impossibilité de faire autrement. Comme nous n'avons ni local à payer, ni dividende à distribuer, ni jetons de présence à donner aux administrateurs, c'est-à-dire, comme nous n'avons que des frais généraux insignifiants, il nous est facile de ne demander que des primes annuelles peu élevées et de donner 1,200 francs de rentes pour un capital constitué de 7,365 francs ; cependant, pour verser 1,200 francs sur un capital qui à 3 % ne donne pas 240 francs de rentes, il faut évidemment se baser sur des recettes spéciales ; ces recettes ne peuvent se trouver que dans notre combinaison. Mais, en dehors de la satisfaction que peut avoir chaque adhérent de penser que l'argent qu'il laisse, à son décès, ira à des confrères, il est un moyen de tourner la situation très facile, et peu dispendieux. Le confrère qui s'assure à la Caisse peut en même temps s'assurer à une Compagnie pour une somme de 7,000 francs payable à son décès à ses héritiers, c'est une dépense très minime qui le met à l'abri des pertes. D'ailleurs, cette disposition de la perte, en cas de décès, des primes versées, existe dans toutes les caisses de retraite.

En résumé, l'adhérent à la Caisse des Pensions :

1° Constitue, dans une période de temps qui varie de dix à trente-cinq ans, un capital de 7,365 francs pour avoir une rente de 1,200 francs à soixante ans ;

2° S'il vit de soixante à soixante-six ans, il aura recouvré par les rentes viagères tout ce capital, c'est-à-dire plus qu'il n'a versé en primes et il importe d'observer que la vie moyenne est de quatorze ans à soixante ans et par conséquent les adhérents dépassant soixante ans toucheront, en moyenne, deux fois et demie leur capital ;

3° Une simple assurance sur la vie de 7,000 francs met ses héritiers à l'abri de toute perte d'argent s'il meurt avant soixante ans.

II. — Je passe à la deuxième objection. La veuve ou les orphelins n'ont rien de la somme versée, au décès de l'adhérent ; les mêmes considérations que j'ai formulées plus haut répondent à ce desideratum ; il faudrait des primes plus élevées pour rendre la somme réversible ; mais l'adhérent peut pallier cet inconvénient : 1° en contractant l'assurance sur la vie indiquée ; 2° en assurant sa femme à notre Caisse ; 3° sa veuve s'adressant à la Caisse annexe.

Maintenant, ces statuts dont je viens d'étudier les différentes combinaisons, sont-ils immuables, peuvent-ils être modifiés dans certains détails ? Evidemment oui ; tout est perfectible. S'il est bien entendu que les bases fondamentales doivent être laissées intactes, il existe certaines combinaisons que les adhérents peuvent signaler ; ces desiderata seront étudiés avec le plus grand soin et s'il y a possibilité de les réaliser, sans porter atteinte aux statuts établis, votre Bureau ne reculera pas devant leur adoption, car il n'a qu'un but, comme vous, la prospérité de la Caisse des Pensions de Retraite.

Permettez-moi, maintenant, de vous lire quelques lettres, qui prouveront combien les médecins sont peu au courant de ces questions d'assurances et en même temps combien nos statuts se prêtent à différentes combinaisons.

Un médecin de trente ans propose de verser, chaque année, une prime double pour avoir la retraite à quarante-cinq ans. J'ai dû lui répondre que pour avoir cette retraite à quarante-cinq ans, ce n'est pas une prime double, mais une prime sextuple qu'il aurait à verser, si cela était dans nos statuts.

Un autre suspend ses paiements pendant plusieurs années (4 ans) pour lui et sa femme, préférant s'acquitter, en bloc, du retard, dans des temps meilleurs. C'est un avantage considérable que lui donne la Caisse et qui n'existe pas dans les Compagnies d'assurances ; mais il ne faut pas oublier que ces années d'interruption ne comptent pas pour la retraite, c'est-à-dire que si, par exemple, l'adhérent entrait dans la Société à cinquante ans et demandait quatre ans de supension, la retraite ne pourrait lui être liquidée qu'à soixante-quatre ans, sans cela les dix ans de participation n'existeraient pas. Mais l'adhérent n'en reste pas moins sociétaire et rien des primes versées antérieurement n'est perdu pour lui.

Un médecin, en envoyant son adhésion, me demande s'il est vrai que la rente de 1.200 francs pourrait ne pas être intégralement payée ; dans ce cas, la porte serait ouverte à tous les aléas ; on pourrait ne donner que 100 francs de rentes. Nous pouvons affirmer que nos tarifs sont calculés de façon à écarter toute incertitude à ce sujet. Nos retraites seront intégralement payées et le Dr Lande a démontré péremptoirement que nous pourrons largement tenir nos promesses, tout en accumulant des réserves considérables.

Un confrère me fait la demande suivante : « Quelle somme aurait à verser un médecin voulant avoir une pension de 600 fr. à soixante ans et âgé aujourd'hui de cinquante-quatre ans ? J'entends que cette somme serait versée en une seule fois et non par annuités. » J'ai répondu que le cas n'était pas possible ; il faut dix ans de participation et l'adhérent n'en aurait que six. Nos statuts sont formels, il faut dix ans de participation pour acquérir le droit à une pension. Nous sommes une Caisse de Retraite et non une Société de rentes viagères.

Je lis dans une autre lettre : « En consultant les tarifs des Compagnies d'assurances, j'ai pu voir que la somme demandée par elles, pour une pension viagère de même valeur, était environ le double de l'annuité que vous me signalez. Quels sont donc les rouages économiques qui permettent à la Caisse médicale de faire une pareille réduction ? Et n'y a-t-il pas à craindre que la Caisse, demandant, à ses adhérents, une somme insuffisante, ne puisse pas tenir ses engagements ? » Ma réponse elle est bien simple : nous n'avons pas de frais généraux, pas de dividendes à distribuer, pas d'administrateurs à payer ; et vous verrez par le Dr Verdalle, que les frais du bureau ne s'élèvent pour l'exercice actuel qu'à la somme de... 4 francs ?

Enfin, je terminerai par cette lettre d'un confrère, qui résume tout ce compte rendu, explique la portée et l'utilité de notre Caisse : « Je suis arrivé à cet âge où un modeste médecin de campagne doit s'occuper de son avenir, étant donné qu'il vit suffisamment de son état, mais qu'il ne gagne pas assez d'argent pour pouvoir par des placements bien entendus, répondre de l'avenir, si les infirmités ou une vieillesse prématurée l'obligent à s'arrêter. J'ai bien la ressource des assurances sur la vie à une Compagnie quelconque, mais je trouve plus digne une association qui existe spécialement entre médecins. Si on ne profite pas pour une raison quelconque de son association, les confrères en profitent, cela ne sort pas de la grande Famille médicale. » Je m'arrête sur ces quelques lignes pleines de cœur d'un médecin de campagne.

Observations

Aux trois combinaisons différentes énumérées dans les statuts ci-dessus, correspondent les trois tableaux ou tarifs, A, B et C.

Le tarif A indique la somme que doit verser, annuellement, à la Caisse, un adhérent entrant à un âge quelconque et désirant avoir à soixante ans, ou après dix ans de participation, la retraite type de 1,200 francs.

Le tarif B indique l'arrérage à payer, au moment de l'entrée, pour obtenir la retraite type à soixante ans, ou après dix ans de participation, tout en ne versant plus, chaque année, jusqu'à l'âge de la retraite, qu'une cotisation de 125 francs.

Le tableau C donne, exprimée en millièmes, la proportion de la retraite type obtenue à soixante ans, ou après dix ans de participation, par l'adhérent qui, quel que soit son âge d'entrée, ne verse qu'une cotisation annuelle de 125 francs.

Un exemple fera comprendre ces trois cas principaux :

Le Dr X. a trente-cinq ans.
S'il choisit le tarif A,
Il verse une cotisation annuelle de 221 francs,
Pour avoir droit, à soixante ans,
A une pension annuelle et viagère de 1,200 francs.
S'il choisit le tarif B,
Il paie un arrérage de 1,654 francs.
Puis verse une cotisation annuelle de 125 francs.
Pour avoir droit, à soixante ans,
A une pension annuelle et viagère de 1,200 francs.
Enfin avec le tarif C,
Il verse une cotisation annuelle de 125 francs,
Qui lui donne droit, à soixante ans,
Aux 568 millièmes de la retraite type,
Soit pour une retraite type de 1,200 francs, à 681 francs de pension.

De même le Dr Z., âgé de 54 ans,
Avec le tarif A,
Verse une cotisation annuelle de 637 francs.
Pour avoir droit, à soixante-quatre ans,
A une pension annuelle et viagère de 1,200 francs,
Avec le tarif B,
Il paie 4,367 francs d'arrérage.
Et une cotisation annuelle de 125 francs,
Pour avoir droit, à soixante-quatre ans,
A la pension annuelle et viagère de 1,200 francs.
Ou avec le tarif C,
Il verse une cotisation annuelle de 125 francs.
Et a droit, à soixante-quatre ans,
Aux 196 millièmes de la retraite type.
Soit pour une retraite type de 1,200 francs, à 235 francs de pension.

Le chiffre de 1,200 francs de pension, tout en donnant satisfaction à un grand nombre d'adhérents, ne saurait cependant satisfaire à tous les désirs ; aussi, lors de l'Assemblée générale constitutive de la Caisse, il a été admis que l'on pourrait obtenir jusqu'à quatre fois cette retraite type de 1,200 francs et aussi ne souscrire que pour une demi-part, à l'un des trois tarifs A, B et C. Il s'ensuit qu'en participant à la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français, on peut, suivant la cotisation annuelle versée, obtenir, à soixante ans, une pension de retraite qui varie de 100 francs environ (âge d'entrée cinquante ans, tarif C, demi-part), à 4,800 francs (âge d'entrée quelconque, tarifs A et B, quadruple part).

Les trois tarifs permettent, en effet, un grand nombre de combinaisons qui, à chaque âge, donnent tous les degrés entre ces deux chiffres extrêmes 100 francs et 4,800 francs.

D'après le tarif A, il est loisible de verser une cotisation variant de 1/2 à 4 fois la cotisation qui y est portée et on obtient ainsi une pension qui varie de 600 francs à 4,800 francs.

De même pour le tarif B.

Quant au tarif C, il se prête à un plus grand nombre d'arrangements, puisque, à chaque âge, il permet toutes les cotisations, variant entre 62 fr. 50 et autant de fois 62 fr. 50 que ce chiffre est contenu dans le quadruple de la cotisation correspondante du tarif A.

Ainsi le Dr M., âgé de quarante ans, qui choisit le tarif C, peut verser, d'après ce tarif, entre 62 fr. 50 et 1,200 francs de cotisation annuelle ; en effet, il peut, d'après le tarif A, verser jusqu'à quatre fois 309 francs, soit 1,236 francs de cotisation annuelle.

Les tableaux A et B donnent toujours huit combinaisons différentes de 1/2 part à 4 parts, soit 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2 1/2, 3, 3 1/2, 4. Le tableau C en fournit ici dix-neuf, puisque 62,50 est contenu dix-neuf fois dans 1,200 et que chaque multiple de 62 fr. 50 donne droit à une proportion déterminée de retraite totale.

Suivant le chiffre choisi par l'adhérent dans cette série de 62,50 à 1,200, la retraite est facilement calculée au moyen du tarif C, qui indique la proportion de la retraite type correspondant à la cotisation type de 125 francs. Dans ce cas particulier, si le Dr M. verse par exemple 500 francs de cotisation, il obtiendra 5 fois 404 millièmes de la retraite, soit 2,020 millièmes, c'est-à-dire 2,424 francs de retraite, le type étant 1,200 francs.

Il est permis à chacun, au cours de sa participation, de changer le taux et le tarif de sa cotisation, tel augmentant sa prime à mesure que ses ressources s'accroissent, tel autre la diminuant à la suite d'événements qui rendent moins nécessaire pour lui la certitude d'avoir à un âge déterminé une retraite d'une certaine importance.

On comprend qu'il est impossible de prévoir toutes les variantes auxquelles pourront se prêter les tarifs A, B et C, qui, ainsi qu'on vient de le voir, offrent eux-mêmes des combinaisons nombreuses. Il appartiendra au Comité Directeur de calculer dans les cas particuliers, le capital acquis par chacun au moyen de ses versements successifs et d'établir la

retraite proportionnelle à laquelle ce capital lui donnera droit.

Les Statuts prévoient (Art. 19) que les femmes faisant partie de l'Œuvre pourront, à la mort de leur mari, demander la liquidation immédiate de leur pension. Ici encore, il y aura lieu de calculer le capital acquis et de voir la retraite proportionnelle à laquelle il donne droit, en se reportant toujours à la retraite type de 1,200 francs correspondant au capital type de 7,365 francs ; mais il faudra tenir compte encore de l'âge de la veuve, c'est-à-dire de la vie moyenne à son âge, par conséquent de sa survie probable, pour établir sa retraite en raison de cette survie.

Par exemple, Mme X. devient veuve à quarante-cinq ans et ses versements à la Caisse lui constituent un capital de 12,500 francs. Ce capital lui donnera droit à soixante ans, à une retraite de 2,036 francs, mais elle a quarante-cinq ans et par conséquent 23,91 ans de survie au lieu de 14,25, sa retraite doit être de

$$2.038 \times \frac{14.25}{23.91} = 1.217 \text{ francs.}$$

qui lui seront servis lorsqu'elle aura atteint ses soixante ans.

Je citerai des exemples d'un autre genre pour montrer combien la caisse s'est montrée soucieuse des intérêts des adhérents.

M. le Dr C., adhérent à la caisse, ainsi que sa femme, meurt. M. C. était fonctionnaire et, pourtant, avait droit à une retraite de l'Etat, retraite reversible, en partie seulement, sur la tête de sa femme. Comprenant admirablement l'économie et les avantages de notre caisse, il y avait adhéré dès le début non pas tant pour lui-même, que pour sa femme. La veuve d'un fonctionnaire n'ayant droit qu'à une partie de la retraite de son mari, M. C. avait fait souscrire, à sa femme, une retraite entière à notre caisse et par cette sage prévoyance, il a reconstitué, à sa veuve, à peu près la même somme de revenu. Pour lui-même, il n'avait souscrit qu'une simple part proportionnelle, au tarif C.

Un confrère adhérent de la première heure avait versé, à la caisse, des cotisations dont la somme totale s'élevait à plus de 2000 francs. Atteint de paralysie il y a six ans, ce n'est que deux ans après, qu'il songe à s'adresser à la caisse pour l'application de l'article du règlement. L'assemblée a décidé que notre confrère rentrerait non seulement dans son capital, mais que les intérêts à 4 % échus jusqu'au jour du remboursement, lui seraient intégralement payés.

Un de nos confrères, chargé de famille et malade, se trouve dans l'impossibilité de continuer ses versements et il a fait appel à la caisse auxiliaire pour lui venir en aide. Ayant effectué déjà sept versements, il lui reste encore trois annuités à verser ; la caisse lui prête la somme nécessaire et les a versées pour lui. Notre confrère le Dr B..., a pu ainsi arriver à l'âge de la retraite et les cotisations versées par lui ne seront pas perdues. En aurait-il été ainsi, je vous le demande, si au lieu de s'être assuré chez nous, c'est-à-dire à une caisse de retraite confraternelle, notre confrère eût souscrit une police d'assurance à une Compagnie quelconque ? Je n'ai pas besoin de répondre, n'est-ce pas ?

Voilà, comme le disait si éloquemment le Dr Verdalle, dans un de ses rapports annuels, ce qu'il faut qu'on sache, voilà ce qu'il faut dire à nos amis, à nos confrères. Nous ne sommes pas une simple Société financière, mathématiquement judaïque. Nous constituons une Association confraternelle, à esprit large, à vues élevées, généreuse même dans le calcul. Nos règles sont étroites et nos statuts rigoureux, il le faut : mais non impitoyables, et ils nous permettent de venir en aide, de tendre la main au confrère malheureux, de l'ouvrir pour la veuve. Les deux exemples que je vous cite aujourd'hui en sont la preuve.

Dites donc ces choses, chers Confrères, dites-les bien haut, si haut que l'Association générale finira peut-être, elle aussi, par ne plus ignorer notre Œuvre. Son nouveau Président, M. Lannelongue, est un libéral, un homme de progrès et d'avenir, décidé à pousser l'Association en avant. Il l'a déclaré. Comptons sur lui, Messieurs. Le jour n'est pas sans doute éloigné où l'Association générale déclarera solennellement que la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français est une œuvre utile et bonne. C'est tout ce que nous lui demanderons, car du jour où cette grande voix s'élèvera pour nous soutenir, notre Œuvre, déjà solide et vivace, décuplera sa force et sa vitalité.

Les premières pensions ont été délivrées en 1894 : elles comprennent 6 pensions dont :

4 à 1.200 fr. — 1 à 195 fr. — 1 à 248 fr.

Total : 5.243 francs.

Un *diplôme* est délivré à tout adhérent, diplôme qui constitue le titre de l'adhérent comme membre participant à la Caisse.

FORMULE D'ADHÉSION

sur papier timbré à 0 fr. 60 centimes.

Nom ....

Prénoms ....

Né à ....

Département d ....

Le ....

Reçu ....

Inscrit ....

Le ....

..........*la Faculté de* ....

Epouse de ....

Demeurant à ....

Département d ....

Adhère aux Statuts de la CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS *et choisit le tableau*..........*avec*..........*part*..........

DATE SIGNATURE

S'adresser à **M. le docteur DELEFOSSE**

SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

22, PLACE SAINT-GEORGES, PARIS

S'adresser : 1° Pour tout ce qui concerne les adhésions, renseignements, envoi des statuts à M. le Dr DELEFOSSE, secrétaire général, 22, place Saint-Georges, à Paris ;

2° Pour tout versement à M. le Dr VERDALLE, trésorier, 5, rue Guillaume - Brochon (Bordeaux).

LA SEMAINE MÉDICALE

La sérumthérapie antidiphthérique.

Nous nous sommes rendu à l'Institut Pasteur, 17, rue Dutot, pour y demander des renseignements précis sur l'état actuel de la question de la sérumthérapie antidiphthérique et voici ce qui nous a été répondu :

Dès à présent, mais depuis quelques jours seu-

lement, on donne du sérum à tous les médecins qui en font la demande soit directement, soit par dépêche. Mais, jusqu'au 1er janvier, on répondra surtout à des demandes concernant des diphtéries à traiter immédiatement. — A cette époque, on pourra en faire une plus large distribution. Enfin, l'organisation sera complète le 1er février. Il y aura alors, chez tous les pharmaciens, un dépôt de sérum, auquel le public pourra puiser en payant une légère rétribution. Quant aux municipalités qui voudront une provision de sérum pour leurs indigents, elles en obtiendront moyennant une annuité proportionnelle au nombre des cas de diphtérie qui se produisent chaque année, d'après la moyenne des 10 dernières années.

Pour le moment donc, il suffit de se procurer chez les pharmaciens deux petits tubes de sérum à culture et une spatule stérilisable, d'y semer les débris recueillis sur la muqueuse du malade diphthérique et d'adresser ces tubes à l'Institut Pasteur, 17, rue Dutot, à Paris avec une demande de flacon de sérum antidiphthérique. Mieux vaudrait même récolter un fragment de fausse membrane, l'envelopper à sec dans un morceau de gutta-percha laminée bien nettoyé au sublimé et à l'alcool, et envoyer ce paquet à l'Institut Pasteur avec la désignation de l'âge du malade et de quelqu'initiale distinctive. L'Institut Pasteur expédiera immédiatement un ou deux flacons de 20 centimètres cubes de sérum antitoxique pour être utilisé immédiatement.

Il est bon de savoir que ce sérum, conservé au frais et à l'abri de la lumière, reste actif pendant 3 ou 4 semaines. On a dit qu'il ne s'altérait pas avant 2 mois ; c'est douteux, et en pareille matière, il faut de la sûreté. Donc, n'employez pas un sérum de plus d'un mois, à condition surtout qu'il ait été bien conservé.

Il est indispensable et d'ailleurs sans danger de faire l'injection en une seule fois, au même point, dans la région des hypochondres, et bien sûrement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il ne faut pas malaxer la région injectée.

La seringue doit être parfaitement bouillie et stérile ; l'aiguille, stérile, aussi, doit être munie d'un tube de caoutchouc *assez long* pour le relier à la seringue ; enfin, il faut pousser l'injection lentement, comme si on *vissait* le piston, et non en enfonçant directement le piston.

L'important est de ne pas se laisser aller à des excès dans l'application de cette méthode et de n'injecter le sérum qu'à des sujets *non agonisants*. JAMAIS, IL NE FAUT DÉPASSER LA DOSE DE 20 CENTIMÈTRES CUBES EN 24 HEURES, quelque grave que soit le cas. L'excès est toujours un défaut, comme dit le proverbe ; qu'on ne l'oublie pas ! Si encore le sérum antitoxique était anodin, on excuserait l'excès de zèle ; mais comme l'a fort savamment exposé notre confrère, le Dr *Le Gendre*, dans sa conférence du 18 novembre, ce sérum est lui-même un poison destiné à détruire l'autre. L'un et l'autre sont nuisibles, pris à part ; à égalité et en présence l'un de l'autre, leur duel aboutit à leur ruine. Ne dépassons donc jamais le maximum et surtout ne saturons pas les mourants de ce nouveau poison qui ne saurait leur être utile. Il est toujours permis et même indiqué d'essayer, à condition que ce soit dans les limites imposées par la raison.

REPORTAGE MÉDICAL

En réponse à l'adresse envoyée par l'Assemblée générale du Concours médical aux médecins Russes, à l'occasion de la mort d'*Alexandre III*, nous avons reçu la réponse suivante :

« De la part des médecins Russes et de la mienne, nous vous prions d'exprimer, à la *Société du Concours médical* et à l'*Association de la presse médicale*, nos remerciements les plus sincères, pour la part qu'elles prennent au deuil qui vient de frapper notre patrie et pour la promesse de rester, toujours, de cœur avec elle, dans toutes ses joies et dans toutes ses épreuves. L'expression de ces sentiments nous soulage dans notre douleur nationale. » WASSILY-SUTTUGIN.

— *Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux.*— Elle a eu lieu, le 9 novembre, au palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les délégués ont discuté diverses questions, d'intérêt général. Nous en rendrons compte lorsque nous posséderons le procès-verbal.

Le soir, au restaurant Notta, a eu lieu le Banquet, sous la présidence du Président de l'Union, assisté du Dr Labbé, sénateur, *président* du groupe médical parlementaire.

M. le docteur Lasalle nous remet à la dernière heure et nous prie de publier le toast qu'il a porté au Banquet.

Messieurs les Sénateurs, Messieurs les Députés,
Chers Confrères,

Malgré que nous nous soyons interdit dans nos réunions toute incursion sur le terrain politique, j'ai la conviction que vous voudrez bien vous associer tous au toast que je vais vous proposer.

Je lève mon verre à M. Casimir Périer, Président de la République, non point pour porter le toast de loyalisme hommage que des Français réunis devraient, à mon avis, offrir toujours en pareille occasion à celui qui représente avec tant de dignité la patrie, la France ! Non, messieurs, l'honneur de ce toast reviendrait à une voix plus autorisée que la mienne ; mon intention, dans la circonstance présente, est d'exprimer au premier magistrat du pays les sentiments de respectueuse sympathie, d'impérissable reconnaissance de la grande famille médicale profondément touchée de l'empressement qu'il a mis à accorder à notre malheureux confrère Lafitte sa grâce pleine et entière.

Et permettez-moi d'insister, messieurs, sur ces deux conditions exceptionnelles de la grâce Présidentielle : Remise *totale et immédiate*, parce que j'estime, et vous estimerez comme moi, qu'elles donnent à cet acte de clémence le caractère d'une protestation, d'un véritable arrêt de cassation contre l'abominable jugement dont notre Confrère a été victime, et aussi parce qu'elles sont une preuve de l'esprit de décision, de justice, de la volonté vaillante qui animent le chef de notre grand pays. (*Applaudissements.*) Et par ces temps où nous avons le regret de constater parfois tant de défaillances, d'indécision, de pusillanimité chez nos hommes publics, on se sent vraiment réconfortés en présence d'un Chef d'État à l'âme haute, droite, courageuse ; d'un Chef d'État qui accomplit résolument son devoir sans se laisser détourner ni par les vociférations et les basses injures des uns, ni par les résistances égoïstes ou rétrogrades des autres. (*Vifs applaudissements.*)

Messieurs, ce triste procès aura eu deux résultats sur lesquels je vous demande la permission d'arrêter un instant votre attention.

D'une part, il nous aura révélé une fois de plus les beautés de notre admirable système judiciaire, système qui permet tantôt la condamnation scandaleuse d'un innocent, tantôt l'acquittement, plus scandaleux encore, de vrais coupables, de grandioses escrocs qui détroussèrent et continuent de

détrousser ce bon peuple de France, avec la plus tranquille désinvolture, sous l'œil complaisant de nos lois. (*Applaudissements.*)

Dans cette mémorable affaire, on ne sait vraiment ce dont il faut le plus s'étonner, ou de l'étrange précipitation d'un parquet si lent à s'émouvoir parfois, ou de l'inexorable sévérité d'un jury qui se montre sans pitié pour un accusé dont rien, absolument rien, ne démontrait la culpabilité et en faveur duquel, au contraire, militait tout un passé d'honneur, de probité et de services publics ; et demain, peut-être, le même jury trouvera encore des circonstances atténuantes aux crimes d'un Ravachol. (*Applaudissements.*)

Mais ce qui met le comble à notre stupéfaction, c'est le spectacle de ces juges de la Cour suprême, de cette Cour, dite de Cassation, la plus haute expression de la Justice française, sacrifiant à un monstrueux formalisme l'honneur, la liberté, la carrière d'un honnête homme, d'un médecin, dont mieux que personne ils pouvaient reconnaître l'innocence et qui laissent consommer, avec la plus parfaite sérénité, un odieux jugement, une abominable erreur judiciaire, en même temps que la ruine et le malheur immérité de toute une famille.

Je viens d'invoquer avec intention le titre de médecin, non point qu'il entre dans ma pensée de vouloir nous soustraire à l'égalité devant la loi ; non, Messieurs, nous réclamons au contraire une justice impartiale, égale pour tous; mais nous prétendons (et notre ami Maurat le démontrait éloquemment au dernier Banquet du Concours médical), nous prétendons que les Pouvoirs publics paraissent trop souvent méconnaître le dévouement, les services, le patriotisme du Corps médical ; et, sans parler ici de la mission utile, mais parfois ingrate et difficile de la profession médicale, sans parler du concours habituellement plus gratuit qu'honorifique que nous prêtons journellement aux divers services publics, je demanderai, au nom de ces milliers de confrères restés volontairement dans les cadres de l'armée, pour servir le pays à l'heure de la mobilisation, je demanderai à ces austères représentants de l'autorité administrative ou judiciaire, à ces budgétivores qui nous traitent parfois avec tant de dédain, combien d'entre eux ont décidé d'abandonner leurs grasses sinécures pour aller au jour des luttes suprêmes défendre avec nous dans les champs de l'Alsace ou les défilés des Vosges le sol et l'indépendance de la patrie. (*Applaudissements.*)

Messieurs, je reviens à la décision de la Cour de Cassation, décision déplorable et qui renverse toutes nos conceptions en matière juridique.

On nous répond que cette décision était inévitable, qu'elle est conforme à la Jurisprudence, qu'elle était imposée par la loi. Belle satisfaction, Messieurs, pour la vraie morale et la vraie justice ! Mais alors qui osera contester que des lois qui permettent de pareilles iniquités sont des lois mauvaises, indignes d'une nation civilisée et d'un régime républicain !

Ah ! Messieurs, osons le reconnaître loyalement, nous qui ne pouvons être suspects de socialisme révolutionnaire, osons reconnaître que de tels abus sont bien de nature à provoquer les plus odieuses folies et à entretenir dans les âmes de terribles ferments de révolte et de haine !

Aussi j'estime que tous les hommes de cœur doivent travailler résolument et sans retard à extirper de notre organisation sociale d'aussi criantes imperfections. Car c'est le plus sûr, peut-être le seul moyen de prévenir ou tout au moins d'atténuer le redoutable conflit qui menace d'éclater entre les justes revendications de la démocratie, l'odieuse férocité des instincts, le désespoir des misérables et l'impassible, mais imprudent et bien aveugle égoïsme des satisfaits. (*Applaudissements.*)

Messieurs, veuillez me pardonner cette digression à laquelle j'ai été entraîné par les préoccupations de l'heure présente ; d'ailleurs, pensez-vous peut-être comme moi que sous un régime démocratique toutes les occasions sont bonnes, surtout en présence d'hommes politiques éminents, pour dénoncer les choses mauvaises, attentatoires à la justice, l'honnêteté et au bien public ! (*Applaudissements.*)

Je termine en vous signalant un autre résultat du procès Laffite, résultat consolant celui-là, qui a été de provoquer dans le corps médical une immense explosion de sympathie et de solidarité confraternelle ; et je suis heureux de rendre ici un chaleureux hommage au Concours Médical, à la Presse Médicale, au Syndicat de la Seine et tout particulièrement à notre vaillant collègue le Dr Cézilly, qui ont dirigé cet admirable élan et pris en main avec un zèle et une énergie au-dessus de tout éloge, la défense de notre infortuné confrère et de l'honneur professionnel. (*Applaudissements.*)

Oui, messieurs, ce déplorable événement aura eu du moins cette heureuse conséquence de resserrer les liens de la confraternité médicale et de démontrer aux indifférents et aux sceptiques l'impérieuse nécessité de l'union et des groupements corporatifs.

Il restera un enseignement pour ces confrères trop nombreux encore qui vivent en dehors de nos bienfaisantes associations et s'exposent, en persistant dans leur isolement, à devenir à leur tour victimes de catastrophes imméritées.

Soyons donc unis, chers confrères, restons plus que jamais unis ; car c'est par la puissance de la solidarité et rien que par elle, que nous pourrons lutter victorieusement pour la défense de nos intérêts moraux et matériels, que nous pourrons braver la malveillance de certains parquets, l'imbécillité des jurys, résister à tous ceux qui veulent nous exploiter, assurer, en un mot, le triomphe de nos droits et de nos légitimes revendications.

Messieurs, je bois à la Fraternité médicale. (*Applaudissements répétés.*)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues

Seizième année N° 51 22 Décembre 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Durée de la contagiosité de la diphthérie.

Dans une récente thèse de Lyon, le D[r] *Tézenas du Montcel*, a longuement étudié les différentes conditions de vitalité du bacille diphthérique et voici les résultats importants qu'il a obtenus, en ce qui concerne la persistance des germes dans la gorge, après la convalescence :

Dans un grand nombre de cas, la contagion diphthérique cesse avec la disparition des membranes : cependant, dans quelques cas et surtout, quand une maladie intercurrente, telle que la rougeole, entretient un certain état inflammatoire de la muqueuse pharyngienne, le bacille peut persister pendant longtemps dans la cavité buccale. Mais alors ,rien ne peut indiquer sa présence, sinon l'examen bactériologique.

Dans un nombre de cas relativement fréquents (... cas sur 60) le bacille de Loeffler persiste chez les convalescents de la diphthérie, non pas dans la gorge, mais dans les fosses nasales. Alors il se manifeste par un signe clinique, qui est un écoulement nasal parfaitement transparent, ressemblant à celui du coryza vulgaire, mais qui s'en différencie facilement par l'absence de tous les autres symptômes du coryza. M. Tézenas insiste particulièrement sur ce dernier point et rappelle que Cadet de Gassicourt avait déjà remarqué que certains convalescents de la diphthérie présentaient cet écoulement nasal. Il cite même le cas d'un de ses internes, qui garda cet écoulement pendant six mois, à la suite d'une diphthérie. C'est ce qu'il appelle, avec juste raison; la *diphthérie prolongée*. ...quement, cet écoulement se différencie facilement de celui du coryza ; c'est, en effet, le seul point de ressemblance avec cette affection ; il n'existe ni injection des conjonctives, ni larmoiement, ni céphalalgie, ni éternuement et, de plus, il est presque toujours unilatéral. Mais, par contre, de même que dans le coryza, ce liquide est parfaitement transparent et ne ressemble nullement au liquide sanieux qu'on trouve à la période aiguë de la diphthérie nasale :

Or, tant que cet écoulement persiste, on trouve des bacilles de Loeffler dans les cavités nasales ; ils disparaissent avec lui.

Quand cet écoulement n'existe pas, on ne trouve pas de bacilles dans le nez.

Enfin si le malade, dans le cours de sa convalescence, présente un coryza dont le début ne remonte pas au commencement de la disparition des fausses membranes, ce coryza n'a rien de spécifique, c'est-à-dire qu'on n'y trouve pas de bacille de Loeffler.

Traitement des kystes synoviaux du poignet.

Actuellement le meilleur traitement des kystes synoviaux du poignet *ou ganglions*, consiste à anesthésier préalablement la région, à l'aseptiser et à extirper le kyste avec le bistouri ; 2 points de suture et un pansement antiseptique renouvelé 3 fois suffisent pour amener la guérison en huit à dix jours. Malheureusement, ce procédé exige une antisepsie parfaite et laisse une petite cicatrice. Voici ce que M. le professeur *Duplay*, conseille de faire pour remplacer cette intervention sanglante :

Injectez quelques gouttes de teinture d'iode dans la cavité kystique. La peau de la région doit être lavée comme pour une intervention sanglante et l'injection faite à l'aide d'une seringue de Pravaz, ordinaire, munie d'une aiguille de moyen calibre, le tout absolument antiseptique.

La ponction doit être pratiquée sur la partie la plus saillante du kyste, après que le chirurgien aura pris la précaution de tirer la peau pour que l'aiguille une fois enlevée le parallélisme entre la piqûre de la poche et celle du tégument se trouve détruit.

La poche n'est pas préalablement vidée. Les cinq à dix gouttes de teinture d'iode sont donc

poussées lentement et même quelquefois avec une petite difficulté, dans le kyste tendu. L'aiguille retirée, il n'est pas rare de voir suindre un peu de liquide par la piqûre. Il n'y a pas besoin de s'en occuper. Une légère compression avec de l'ouate sera appliquée sur la jointure. Elle aura aussi pour effet d'immobiliser l'article.

On guérit ainsi des ganglions, en cinq ou six jours, avec une seule injection. On est cependant quelquefois obligé d'en pratiquer une seconde, quand il s'agit de kystes volumineux ou bien quand à la levée du premier appareil on ne trouve pas le kyste considérablement diminué de volume.

Il est exceptionnel d'observer des récidives, et cependant, on sait combien elles sont fréquentes à la suite de l'écrasement simple, après la discision suivie d'écrasement, et même quand on a enlevé la petite tumeur avec le bistouri. M. Duplay a même eu l'occasion de guérir par l'injection de teinture d'iode des ganglions opérés par l'extirpation et récidivés.

Comme toujours, le point capital est d'être antiseptique.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Les rhumatismes.

Cette dénomination, si compréhensive de « Rhumatismes » a longtemps servi à étiqueter un très grand nombre d'états morbides si différents, que le plus inextricable chaos n'a cessé d'exister dans ce chapitre de la pathologie. Les progrès modernes de la médecine nerveuse ont contribué déjà à éclaircir un peu ces ténèbres ; la pathologie générale s'est enrichie aussi de nombreuses notions, qui permettent de se faire une idée plus scientifique de cet immense cadre dans lequel on voulait autrefois faire entrer tous les états morbides mal définis.

Profitant de ces progrès, nous essaierons de mettre un peu d'ordre dans cette vaste question et de différencier comme elles le conviennent les manifestations douloureuses dites rhumatismales des diverses régions. Autrefois, toute douleur articulaire, musculaire, voire même viscérale, était qualifiée de *rhumatisme*, quand on en ignorait la cause. Avec ce mot, on se tirait toujours d'affaire en présence d'un cas embarrassant de douleur plus ou moins vague. En fait, les clients s'en contentaient et s'en contentent même encore. Combien de personnes se consolent ainsi de leurs douleurs, en se disant que ce sont « leurs rhumatismes » et sans même consulter leur médecin, font un abus plus ou moins intempestif des bains sulfureux ou des bains de vapeur !

Aujourd'hui, il ne nous est plus permis de faire un diagnostic aussi sommaire ; toute douleur se rattache à tel ou tel état morbide qu'il faut déterminer.

Rappelons-nous, qu'en dehors du rhumatisme articulaire aigu ou chronique, nous ne devrons rien étiqueter *rhumatisme* ; ce serait tout simplement un aveu d'ignorance.

Ceci dit, nous allons essayer de faire une classification des rhumatismes :

1° Les rhumatismes aigus : Rhumatisme articulaire aigu, rhumatismes infectieux, myosites infectieuses.

2° Les rhumatismes chroniques !

A. *Rhumatisme articulaire chronique et fibreux chronique.*

B. *Arthrites sèches* et *hydarthroses.*

C. *Tophi de la goutte. Uricémie articulaire et musculaire.*

D. *Polynévrites périphériques* (toxiques, neurasthéniques, par compression.)

E. *Névrites spinales.*

F. *Adhérences anciennes* pleurales, péritonéales, etc., affections profondes, tumeurs, calculs, etc.

G. *Ostéo-périostites subaiguës ou chroniques.*

I

RHUMATISMES AIGUS.

Nous distinguerons dans les rhumatismes aigus :

A. le *rhumatisme articulaire aigu* ou infection microbienne des séreuses ; B. le *rhumatisme scarlatineux* ; C. le *rhumatisme blennorrhagique* ; D. les *arthropathies infectieuses puerpérales, typhiques, varioliques, érysipélateuses.*

Nous n'avons pas à faire l'étude détaillée des symptômes et de la pathogénie de ces différentes infections ; nous nous bornons à classifier et à montrer par quelques mots de diagnostic, la conduite thérapeutique à tenir suivant les cas.

Le RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU a une allure si caractéristique qu'il n'y a guère à s'y tromper ; les articulations atteintes sont toujours gonflées, chaudes, très douloureuses, presque subitement envahies ; de plus, l'infection ne se cantonne pas dans une seule articulation, elle est polyarticulaire. Cette infection est fébrile et quelquefois hyperthermique, elle frappe en même temps que les jointures la plèvre, le péricarde, l'endocarde, les méninges même. Il est rare heureusement que toutes les séreuses soient atteintes : c'est l'une ou l'autre qui s'infecte secondairement aux articulations.

Contre cette fièvre rhumatismale articulaire, nous possédons un merveilleux spécifique, le SALICYLATE DE SOUDE : c'est la seule affection rhumatismale contre laquelle ce médicament ait une efficacité à peu près indiscutable. Mais il faut savoir le manier : chez les enfants, on doit prescrire de 3 à 4 grammes en 24 heures, par prises de 0,50 centigrammes ; chez l'adulte, il faut des doses massives de 6 à 7 grammes par jour, par prises de 1 gramme. Contre les manifestations méningitiques, il n'y a que les bains tièdes ; contre les pleurésies et endo-péricardites, la révulsion vésicante ou ignée (pointes de feu).

Le RHUMATISME SCARLATINEUX n'est pas aussi net que le rhumatisme articulaire aigu. C'est du reste une mauvaise terminologie que l'on emploie quand on dit « *rhumatisme scarlatineux* » ; il faudrait dire « *infection scarlatineuse des séreuses* ». Les symptômes en sont peu bruyants, et ce n'est qu'avec de l'attention qu'on fera le diagnostic : une ou plusieurs articulations sont prises, elles sont gonflées et douloureuses, et en même temps se manifestent quelques signes d'oppression, de toux ou d'angoisse précordiale. Si l'on a assisté à la scarlatine, rien n'est plus simple que de se rendre compte de la nature des accidents ; mais si l'on n'a pas les commémora-

..il ne faut pas omettre de rechercher la des-..mation aux plis articulaires. Contre cette in-..tion scarlatineuse, nous ne devons pas atten-..grand'chose du salicylate de soude ; il faut ..contraire nous en méfier et ne pas le donner ..avoir vérifié le bon état des reins par plu-..urs analyses d'urine.

..ous conseillerions plus volontiers les onc-..s externes avec une pommade salicylée : ..le salicylique 0.50 centigr. Vaseline liquide ..rammes, ou les badigeonnages de solution ..caloïdes par la méthode de MM. *Guinard et* ..(solutions de pilocarpine, de spartéine,de ..ine) ; enfin, quand le cœur n'est pas atteint, ..peut donner le *jaborandi* sous forme de feuil-..gr. infusées douze heures dans 10 grammes ..cool, puis dans 150 grammes d'eau bouillante, ..absorbé en deux prises, à dix minutes d'in-..valle.

..e RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE est presque ..jours monoarticulaire ; d'abord fugace, d'al-..e capricieuse, ambulatoire, il s'installe dans ..seule articulation et devient subaigu ; c'est ..s une véritable arthrite inflammatoire, quel-..fois même avec épanchement et provoquée ..la présence de colonies de gonocoques sur ..synoviale. Le diagnostic est souvent délicat, ..ce qu'on oublie la plupart du temps d'inter-..er le malade sur ses organes génitaux. C'est ..endant capital ; *toutes les fois qu'on se trouve ..présence d'un rhumatisme principalement loca-..sur une jointure, on ne doit jamais omettre ..men des organes génitaux, quel que soit l'âge, ..ou la bonne réputation du malade*. Ici en-.., le salicylate de soude est impuissant et par ..séquent inutile. Le traitement doit être celui-..badigeonnages avec une solution concentrée ..ide phénique, acide phénique cristallisé ..rammes, alcool à 90°, 1 gramme, ou bien ..térisation ponctuée au thermo-cautère, enve-..ement avec une flanelle enduite de vaseline ..formée, compression ouatée et immobilisa-.. permanente par une gouttière pendant ..ze jours au moins. Si l'articulation est en-.. douloureuse au bout de ce temps, même ..hode thérapeutique à renouveler. Bien en-..du, il faut soigner concurremment l'écoule-..t uréthral ou vaginal par des lavages au ..manganate de potasse à 1/2000. Certains au-..s modernes ont proposé de faire d'emblée ..throtomie antiseptique et des lavages di-..ts au sublimé ou à l'acide phénique. Cette ..hode est évidemment radicale ; mais est-elle ..ique et combien de malades l'accepteront ..ntiers. D'ailleurs, elle entraîne un repos d'au ..ns quinze jours pour la cicatrisation. Le bé-..ce thérapeutique est donc bien minime pour .. si grave intervention.

..ES ARTHROPATHIES INFECTIEUSES PUERPÉRALES .. des plus fréquentes dans la puerpéralité, et ..sont ceci de particulier qu'elles s'accompa-..nt souvent de phénomènes *d'endocardite, de ..cardite* ou *de pleurésie*, absolument comme le ..itable rhumatisme articulaire aigu. Cepen-..t, elles s'en distinguent par la concomitance ..tres phénomènes d'infection puerpérale, ..rrhée fétide, métrorrhagies, douleurs abdo-..nales, cornes utérines douloureuses à la pres-..on, etc.

De plus, les commémoratifs apprenant que la ..alade vient d'accoucher ou d'avorter depuis 3 ou 4 semaines en moyenne il est presque impossible de méconnaître l'origine des arthropathies observées. Le salicylate de soude a quelque utilité contre ce genre de rhumatisme, mais à faibles doses. Il faut l'alterner avec le sulfate ou le bromhydrate de quinine, le prescrire à la dose de 3 à 4 gr. en 24 heures ou même donner le salicylate de quinine à la dose de 1 gr. 25, par prises de 0,20 centigr. En même temps on hâtera la désinfection de l'intestin par des purgatifs et des cachets de benzonaphtol ; on fera une antisepsie parfaite du canal vagino-utérin, par des injections de sublimé, et on provoquera la diurèse par l'administration de digitale sous forme de macération ou d'infusion. Les articulations douloureuses seront enveloppées d'ouate ou de flanelle imbibée de Baume de Fioraventi ; enfin, on insistera sur les toniques alcooliques, vin de Champagne, cognac, potion de Todd pour permettre à l'organisme de lutter contre l'invasion microbienne. Rappelons que, dans les cas désespérés, il ne faut pas craindre d'employer la méthode de Fochier qui consiste à provoquer des abcès de fixation par des injections aseptiques intra-cellulaires d'essence de térébenthine.

Nous ne dirons rien des arthropathies de la fièvre typhoïde, de la variole, de l'érysipèle ; ce sont de véritables arthrites infectieuses n'ayant aucune ressemblance avec le rhumatisme et que, par conséquent, personne ne confondrait avec cette affection ; les commémoratifs sont toujours suffisamment nets, pour qu'il n'y ait aucune erreur possible.

A la suite des rhumatismes articulaires, se placent les rhumatismes musculaires ou mieux myosites infectieuses ou toxémiques. La fièvre typhoïde, la variole, la diphthérie, la syphilis provoquent de ces myosites, qui ne sauraient être confondues avec les rhumatismes ; le siège du gonflement, la douleur provoquée par tel ou tel mouvement qui fait contracter le ou les muscles atteints ne permettent pas de s'y tromper ; la syphilis provoque le plus souvent une collection purulente, qui se nomme une gomme et dont l'aspect seul est caractéristique.

A côté de ces myosites liées à telle ou telle maladie infectieuse, plaçons les myosites des muscles lombaires ou *lombagos*, des muscles du cou ou *torticolis*, qui sont encore dénommés rhumatismes et qui en fait sont des inflammations du tissu musculaire provoquées par des germes en circulation dans le sang ou par des toxines ou ptomaïnes produites sur place. La révulsion cutanée est ici le meilleur mode de traitement.

II

RHUMATISMES CHRONIQUES.

Dans cette immense classe, nous ne saurions nous retrouver sans un triage particulièrement sévère ; on a tout introduit dans le groupe des rhumatismes chroniques et cette colossale erreur en a entraîné une non moins énorme, l'unification de la thérapeutique dite rhumatismale : le *salicylate de soude* une fois reconnu spécifique du rhumatisme articulaire aigu, a été prescrit à outrance contre tout rhumatisme subaigu ou chronique, et comme toute douleur inexpliquée est qualifiée rhumatisme, on a donné le salicylate contre toutes sortes de douleurs. Eh bien !

c'est un contre-sens, cela est de l'empirisme mauvais, indigne de tout esprit logique. Le *salicylate de soude ne vaut absolument rien contre tout rhumatisme ou douleur chronique ; bien plus, il peut être nuisible si le cœur est atteint et surtout si le rein est malade.* On ne saurait trop se pénétrer de cette idée capitale.

En tête du groupe des rhumatismes chroniques se place naturellement le véritable RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE, celui qui une fois installé ne quitte presque jamais l'organisme atteint. Débutant fréquemment par une attaque aiguë, qui simule le véritable rhumatisme articulaire aigu, mais qui ne saurait lui être comparé comme marche, ce rhumatisme doit être causé par le même germe infectieux que le rhumatisme aigu vrai ; mais la différence de marche doit tenir à la différence du terrain. L'arthritisme héréditaire, c'est-à-dire probablement un état spécial des milieux intérieurs (plasma, synovie), permet la pullulation du germe infectieux : soit qu'un traitement efficace ne vienne pas juguler assez à temps l'action de ce germe, soit que tout traitement même énergique ne suffise pas à détruire le germe, l'économie reste infectée, et de nouvelles poussées viennent se surajouter progressivement à la première attaque. Procédant par à-coups, le rhumatisme chronique frappe une jointure pendant plusieurs jours, puis l'abandonne, se lance sur une autre quelquefois très éloignée, puis atteint le cœur, revient à une ou plusieurs jointures, retourne au cœur, revient encore aux jointures et ainsi de suite, laissant au malheureux malade à peine quelques trêves de courte durée. D'ailleurs ces trêves sont trompeuses ; on croit à la guérison, puis l'affection reparaît au cœur faisant pour ainsi dire *bascule* entre le cœur et les articulations ; quand l'un est pris, l'autre est dégagé et inversement. Mais ces poussées successives ne laissent pas que d'altérer profondément, chaque fois, les tissus articulaires ; la synoviale se détruit comme l'endocarde du cœur, le germe ronge ensuite le cartilage, et va même jusqu'à le perforer. Telles sont les grandes lignes de l'évolution de ce rhumatisme chronique vrai que la thérapeutique est le plus souvent impuissante à enrayer. Nous n'énumérerons pas les liniments camphrés, térébenthinés, sulfureux, pétrolés, etc., dont le nombre atteste assez l'efficacité douteuse.

Le traitement rationnel consiste dans l'administration d'un médicament modificateur de l'état spécial du plasma sanguin et des humeurs en général, autrement dit, modificateur de l'arthritisme. Ce médicament est l'*iodure de potassium* ou de strontium à faible dose 0,50 centigr. ou 1 gramme par jour pendant dix jours chaque mois. Malheureusement, il est encore trop souvent impuissant et l'on est réduit à faire une médication de symptômes au fur et à mesure que tel ou tel accident survient (caféine, digitale, spartéine pour le cœur, liniments opiacés, pointes de feu pour les articulations).

Les eaux minérales et l'électrothérapie ont une action des plus heureuses cependant sur bien des cas regardés comme désespérés ou incurables ; les bains de boues chaudes et les eaux thermales des Alpes ont une efficacité incontestable dans ces rebelles affections ; leur action est difficilement explicable, elle est cependant réelle.

En second lieu, nous dirons un mot des *arthrites sèches* et des *hydarthroses*, qui ne sont jamais appelées rhumatismes que par les malades, mais que le médecin ne saurait confondre. Les caractères des arthrites sèches sont : 1° l'âge avancé du sujet ; 2° les douleurs provoquées exclusivement par la marche, puis s'amendant sous l'influence de la continuation de cette même marche ; 3° les craquements perçus par le malade lui-même ; 4° enfin le peu de déformation de la jointure en comparaison de celle du rhumatisme chronique. Les hydarthroses se rencontrent souvent chez les malades atteints d'arthrite sèche, quelque paradoxal que cela semble au premier abord ; mais on les rencontre aussi chez les sujets jeunes, et la déformation énorme jointe à la fluctuation sont des signes suffisants pour en permettre le diagnostic. Contre l'arthrite sèche, le mieux est d'appliquer des pointes de feu de temps en temps, et de faire porter des manchons de flanelle imbibés de liniments camphrés. Les bains sulfureux et les douches de vapeur rendent aussi des services fréquents. Contre une hydarthrose, il faut employer la ponction aseptique suivie d'une injection de quelques gouttes de teinture d'iode ou de chlorure de zinc au 1/12, faire de la compression et immobiliser le membre pendant 15 jours. Renouveler, si cela est nécessaire.

L'uricémie ou *goutte* provoque dans les articulations et les muscles des dépôts cristallins d'acide urique, qui occasionnent, chez les goutteux, de violentes douleurs ayant quelqu'analogie apparente avec le rhumatisme chronique. Mais il faut observer que dans la goutte, ce sont plutôt les petites jointures (phalanges, articulations temporo-maxillaires, costales, etc.), qui sont atteintes ; la pression en est affreusement douloureuse ; on sent par places des grains plus ou moins volumineux, d'une dureté de pierre, immobilisés dans les tissus périarticulaires. Ce sont des tophi uriques. Il en est de même pour les myosites uriques. Or il n'y a que deux choses à faire : enveloppement laudanisé de la jointure ou de la région ou injections locales hypodermiques de morphine, et traitement intérieur antigoutteux : salipyrine, 2 à 3 gr., ou carbonate de lithine, benzolithine, 0.25 à 0.50 centigrammes, pipérazine ou chlorhydrate de pipérazine, 0,10 à 0.20 centigrammes par jour, boissons alcalines faibles, eaux minérales antiuriques, bains électriques.

Un très grand nombre de douleurs plus ou moins vives et tenaces sont provoquées par l'existence de *polynévrites périphériques* d'origine infectieuse (tétanos, fièvre typhoïde, diphthérie), ou toxique (alcoolisme, tabagisme, éthéromanie, ptomaïnémie). Il faut toujours rechercher ces différentes causes, en même temps qu'on explorera attentivement le trajet des principaux troncs nerveux dans la région douloureuse. La neurasthénie est aussi une cause de douleurs plus ou moins localisées sur tel ou tel tronc nerveux (principalement nerfs intercostaux et spinaux) qu'il ne faut pas confondre avec les rhumatismes musculaires des parois. Les tumeurs et la grossesse peuvent aussi par compression amener de ces névrites périphériques, dont on méconnaît trop souvent l'existence et la

use. Or, dans toute cette série de douleurs pelées faussement rhumatismes, qu'on s'abs-tenne du salicylate. Ce qu'il faut, ce sont les pointes de feu et les injections hypodermiques ales de morphine sur le trajet du nerf ; de us, il faut traiter la cause, faire de l'antisepsie terne, supprimer le poison (tabac, etc.), extir-r la tumeur si cela est possible, enfin traiter neurasthénie par l'hydrothérapie et les toni-es nerveux, coca, kola, glycéro-phosphates. es douches de vapeur et les bains sulfureux ont rtainement aussi quelqu'utilité dans ces né-ites périphériques.

Les *névrites centrales*, spinales, de l'ataxie lo-motrice, de la syphilis, des tumeurs centrales, e nous sont guère accessibles et par suite fort ibelles. Jamais, on ne devra hésiter dans ces as à essayer le traitemeat spécifique, ioduré et ydrargyrique, *intus et extra*. Quand les symp-tomes permettent de localiser la tumeur centrale une manière précise, et quand le traitement pécifique a échoué, la chirurgie pourra inter-enir quelquefois avec succès en extirpant la umeur et faisant ainsi disparaître la ou les né-rites concomitantes.

Enfin, il faudra toujours, en présence de dou-eurs persistantes d'un côté du thorax, du dos, es reins, s'abstenir de prononcer le mot de humatisme chronique musculaire ou de névrite ériphérique ou centrale, rechercher avec soin i cette douleur n'est pas due à quelqu'*adhérence ncienne* de la plèvre (pleurésies antérieures, ouleur exaspérée par l'inspiration) ou du péri-ine (typhlite, pelvi-péritonites anciennes, péri-epatite, péri-splénite). On ne devra pas oublier n plus que les affections chroniques à évolu-ion lente comme les cancers viscéraux, la lithia-e biliaire, la lithiase rénale donnent fréquem-ment lieu à des douleurs confondues avec le humatisme chronique par le malade lui-même, t que cette appréciation quelquefois très affir-mative nous influence pour notre diagnostic.

Peut-on confondre le phlegmon périnéphrétique avec un rhumatisme lombaire subaigu ? Certes, u début, la chose est aisée et si la marche de l'affection qui aboutit à une volumineuse tumé-faction de l'échancrure costo-iliaque rénale est caractéristique dans la suite, au commencement, les plus sagaces s'y trompent quelquefois. Heu-reusement, le traitement est sensiblement le mê-me avant la formation de l'abcès : une poignée de sangsues sur la région douloureuse.

Pour terminer, il nous reste à mettre en garde les praticiens contre l'énorme erreur qui con-siste à prendre une *ostéo-périostite* ou une *ostéo-myélite* pour un rhumatisme et à donner du salicylate de soude. En fait, l'erreur ne se con-çoit pas quand l'examen a été attentif, qu'on a longuement exploré les épiphyses osseuses, les ligaments, la synoviale, les mouvements, la tem-pérature générale ; mais elle est compréhensi-ble dans les cas où le nombre exagéré des ma-lades oblige le médecin à des examens un peu rapides. Le seul moyen d'éviter cette erreur est d'y penser et de consacrer le temps absolument nécessaire à l'examen de ces cas difficiles. Le diagnostic d'ostéomyélite porté, il ne peut être question que d'incision profonde, de trépanation immédiate même ; contre l'ostéo-périostite, il faut aller moins vite, les frictions d'onguent mercuriel répétées suffisent parfois pour amen-der l'affection si elle est seulement inflammatoi-re (pneumococcique, streptococcique, staphylo-coccique) et pour la guérir si elle est syphiliti-que.

Dr Paul Huguenin.

CLINIQUE MÉDICALE

La sérumthérapie antidiphtérique.

Conférence faite par le Dr P. Le Gendre, médecin des hôpitaux, et recueillie par M. Pochon, interne des hôpitaux.

I

Avant d'étudier avec vous la sérumthérapie antidiphtérique, je dois vous présenter un aper-çu historique rapide de la question.

La première découverte fut celle du microbe ; pressenti par de nombreux observateurs qui dé-crivirent une série de microorganismes reconnus non spécifiques, il fut découvert par Klebs qui exposa le compte-rendu de ses recherches au Congrès de Wiesbaden, 1883, et présenta comme microbes de la diphtérie des bâtonnets situés à la surface de la muqueuse, et associés à des mi-crocoques.

Loeffler le premier, en 1884, isole le bacille, le cultive, et, par inoculation, reproduit des faus-ses membranes ; et cependant, dans une secon-de communication, faite en 1887, il n'ose pas af-firmer la spécificité du bâtonnet.

Celui-ci est de nouveau étudié et décrit en 1888 par G. Hoffmann.

La même année, paraît dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (décembre 1888) l'important mémoire de MM. Roux et Yersin comprenant l'étude détaillée de la fausse membrane, du ba-cille, de sa biologie et de ses réactions. Repre-nant les recherches de leurs devanciers, ces au-teurs les dépassent, obtiennent la mort des animaux par inoculations, ce que n'avait pu réa-liser Loeffler, et produisent expérimentalement la paralysie diphtéritique. La démonstration de la spécificité du bacille, voilà le premier titre scientifique de M. Roux. Le second est la décou-verte de la toxine diphtérique.

Loeffler et Œrtel croyaient déjà à l'existence de ce poison ; Baumgarten le niait à tort, pensant que c'était l'invasion des organes par le bacille lui-même qui constituait l'infection. Or, MM. Roux et Yersin, après avoir établi que le bâton-net ne se trouvait que très exceptionnellement dans le sang et les tissus, obtinrent par filtra-tion sur porcelaine du bouillon de culture un liquide dépourvu de microbes, dont l'inoculation aux cobayes et aux lapins produisait des acci-dents locaux et généraux identiques à ceux des cultures. Ils étudièrent les caractères physiolo-giques et chimiques de la toxine, qui permirent à Behring de découvrir l'antitoxine diphtérique.

La sérumthérapie, basée sur les propriétés du sérum d'animaux immunisés par des injec-tions graduellement croissantes de toxines spé-cifiques, a été essayée contre plusieurs maladies infectieuses ; on connaît les inoculations de Ki-tasato contre le tétanos, de Chantemesse et Wi-dal dans la fièvre typhoïde. C'est Carl Fraenkel le premier qui immunisa des cobayes contre la diphtérie.

C'est incontestablement à Behring que revient le mérite d'avoir appliqué le traitement à l'homme, en se servant de sérum de chèvres ou de moutons immunisés.

Depuis dix-huit mois au moins on trouvait dans les officines allemandes du sérum antidiphtérique de Behring. Aronsohn en fabriquait aussi en se servant du cheval et son sérum passait pour plus actif que celui de Behring. Les résultats cliniques obtenus n'avaient pas encore été, il est vrai, bien éclatants, et il eût fallu sans doute bien du temps pour que nous prissions en France l'initiative de faire l'essai des sérums allemands sans l'intervention de M. Roux. Vous avez tous lu le lumineux exposé que celui-ci a fait, au Congrès de Buda-Pesth, des expériences qu'il a conduites pendant dix mois à l'hôpital des Enfants Malades et qui ont entraîné la conviction du public français. Notre compatriote est donc bien notre initiateur à la sérumthérapie et nous ne saurions l'en trop remercier; il serait d'un chauvinisme ridicule de l'en proclamer l'inventeur, comme l'ont fait nos échotiers mal informés.

Pour amener un cheval à fournir du sérum antidiphtérique, on commence par lui injecter de petites doses de toxine mélangée à 1/3 de son volume de liqueur de Gram (solution iodoiodurée), puis des doses de plus en plus fortes de toxine pure jusqu'à immunisation suffisante.

Pour recueillir le sérum, après s'être entouré de toutes les précautions aseptiques, on fait au cheval une saignée de la jugulaire avec un gros trocart ; le sang, recueilli dans les vases stérilisés, est abandonné au repos jusqu'à formation du caillot : le sérum est ensuite recueilli dans des matras-pipette, filtré au filtre Chamberland et réparti dans des flacons de 20 centimètres cubes semblables à celui que je vous présente. C'est un liquide légèrement visqueux, transparent, d'une coloration jaune claire ou brunrougeâtre.

II

Arrivons maintenant à la clinique, et voyons l'action du sérum dans les deux cas où nous aurons à l'employer, c'est-à-dire dans l'angine et dans le croup.

Vous savez qu'il existe différentes variétés d'angines à fausses membranes, et parmi les angines diphtériques, il faut distinguer plusieurs catégories, selon qu'elles sont simples ou associées, et selon leur mode d'association. Ces données, nettement sorties des travaux de MM. Roux, Martin et Chaillou, sont actuellement évidentes, et il n'est pas moins évident que la clinique seule est impuissante, dans certains cas, à faire un diagnostic précis. C'est un axiome dont nous vérifions chaque jour la valeur ; des angines à fausses membranes étalées, épaisses, grisâtres, recouvrant les piliers, le fond du pharynx et la luette, avec adénopathie, n'étaient pas diphtériques, et inversement nous avons trouvé le bacille de Loeffler dans des angines qualifiées d'herpétiques par les meilleurs cliniciens d'enfants.

C'est assez vous dire combien il est urgent de faire un ensemencement dans tous les cas. Le manuel opératoire est d'ailleurs des plus simples. Ouvrant la bouche de l'enfant avec un abaisse-langue, vous allez gratter légèrement la surface de la fausse membrane avec un fil de platine, ou un fil de fer aplati en spatule à une de ses extrémités, et préalablement flambé à la lampe ; puis, avec cette spatule vous faites sur le sérum coagulé une série de stries parallèles ; il est nécessaire d'ensemencer ainsi deux tubes avec le même fil sans reprendre de nouvelle semence. Vos tubes sont ensuite portés à l'étuve à 37°, et, au bout de seize à dix-huit heures en moyenne, la culture est suffisamment développée pour permettre l'examen. L'aspect des colonies sur le sérum, joint à l'examen microscopique, vous permettra un diagnostic précis.

Le bacille de Loeffler se présente sur sérum sous forme de colonies formées par une agglomération de petites papules opaques, dont le centre est plus saillant que la périphérie ; quand il n'y a pas d'associations microbiennes, c'est-à-dire dans les cultures pures, le sérum demeure brillant dans l'intervalle des papules. Le bacille se présente sous la forme d'un bâtonnet dont la longueur égale celle du bacille de la tuberculose, mais plus épais ; ses extrémités sont renflées, et se colorent plus vivement que la partie moyenne. A l'état de culture pure, les bacilles se présentent diversement selon leur longueur ; les longs sont par amas enchevêtrés, formant des figures cunéiformes ; les moyens affectent souvent la même disposition ; les courts, d'aspect plus épais, ont plutôt des tendances à se placer parallèlement les uns aux autres ; dans tous les cas on retrouve cette disposition en V ou en accent circonflexe, sur laquelle on a insisté avec raison, et qui est caractéristique.

Les colonies, qui se rapprochent le plus de celles de la diphtérie pure, sont celles du petit coccus Brisou ; ici encore nous avons des éléments arrondis, séparés par un sérum clair, mais les colonies sont moins saillantes, leur centre n'est pas plus épais que leur périphérie ; elles sont d'ailleurs moins opaques, et leur surface présente un aspect humide qui les a fait comparer à des gouttes de rosée ; l'hésitation, d'ailleurs, sera toujours levée par le microscope ; ces colonies ne peuvent être confondues avec celles du staphylocoque, et le coccus Brisou, vu au microscope, n'a rien de commun avec le bacille de Loeffler ; il se présente sous formes de petits points isolés, ou groupés deux par deux. — Le Brisou et la diphtérie peuvent d'ailleurs être associés.

Il en est de même pour le staphylocoque, dont les colonies se présentent sur le sérum sous forme de larges macules blanches ou dorées, et dont les groupements, vus au microscope, ont été comparés à des grappes de raisin.

Le streptocoque donne sur le sérum un fin pointillé formant parfois, dans les cultures jeunes, un simple dépoli de la surface ; son aspect en chaînettes ne permet pas de le méconnaître ou de le confondre à l'examen microscopique.

Tous ces micro-organismes sont facilement colorables, soit par le bleu composé de Roux, soit par le violet de gentiane, etc...; tous se colorent par la méthode de Gram, ce qui est un précieux élément de différenciation.

III

Nous sommes en présence d'une angine à fausses membranes ; allons-nous inoculer immédiatement, ou bien attendre le résultat de l'ensemencement ?

Ici les avis divergent ; à l'hôpital Trousseau chaque enfant reçoit à son entrée 20 c. c. de sérum ; l'ensemencement est aussitôt fait, et le malade reste isolé dans une des chambres du pavillon des douteux jusqu'à certitude du diagnostic. — Je crois que, lorsqu'il n'y a qu'une angine qui paraît bénigne, mieux vaut attendre, pour inoculer, l'examen bactériologique.

Cette inoculation se fait au moyen d'une seringue de 20 c. c. munie d'un tube de caoutchouc long de dix à quinze centimètres, et portant à son extrémité une aiguille de seringue de Pravaz, ou mieux une plus longue aiguille.

Le tout est d'abord stérilisé ; pour cela, il suffit de plonger l'appareil dans de l'eau qu'on fera bouillir pendant cinq minutes environ.

Vous retirez la seringue et son ajutage que vous laissez refroidir, puis, plongeant le tube de caoutchouc dans le sérum, vous chargez ainsi votre seringue et vous adaptez l'aiguille.

La piqûre doit être faite sous la peau de l'abdomen, au niveau de la dernière côte. Le champ opératoire sera lavé avec la liqueur de Van Swieten.

De la main droite vous prenez la seringue, celle-ci fixée dans la paume par les trois derniers doigts, tandis que vous tenez l'aiguille entre le pouce et l'index. Avec le pouce et le médius de la main gauche, vous faites à la peau un pli que vous déprimez avec l'index de façon à former une surface triangulaire ; c'est à la base de ce triangle qu'il faut introduire l'aiguille que vous enfoncerez d'un centimètre environ. Puis, en imprimant au piston un mouvement en pas de vis, vous faites *doucement* l'injection. Vous voyez alors se former une boule d'œdème de la grosseur d'une petite mandarine ; l'injection terminée, vous enlevez l'aiguille, et vous appliquez simplement sur la piqûre un morceau de coton hydrophile stérilisé ; il ressort, en général, une goutte de sérum qui, s'agglutinant avec le coton, tient lieu de collodion. En aucun cas, il ne faut malaxer la tumeur, qui disparaît en une demi-heure. Cette injection est peu douloureuse, le malade ressent plutôt une sensation de tension que de douleur vraie.

Après l'injection, il faut laver l'intérieur de la seringue, le tube et l'aiguille avec de l'eau froide ; l'eau chaude ferait coaguler le sérum. Vous aurez soin également de maintenir constamment un fil d'argent dans le canal de l'aiguille.

IV

Les modifications de l'état local et de l'état général ne tardent pas à se produire d'ordinaire : en vingt-quatre heures, les membranes deviennent d'un blanc de neige, on les voit bomber en quelque sorte, se décoller sur les bords, puis, en douze heures, elles se dissocient et tombent par fragments, ou bien sont expulsées en une seule masse.

Au bout de douze heures, on commence souvent à noter une élévation thermique qui s'accroît pendant vingt-quatre heures, puis la température retombe progressivement à la normale. Le pouls et la respiration suivent la même marche ascendante, puis décroissante ; le pronostic est en général d'autant plus favorable que cette réaction est plus nette ; dans les cas où la température, le pouls et la respiration restent élevés après trois ou quatre jours, le pronostic est plus sombre. — Dans les urines on trouve ordinairement de l'albumine, en petite quantité le plus souvent ; nous avons adopté la graduation suivante : traces, quantité appréciable, notable, grande quantité, abondance. Cette progression suffit aux analyses cliniques. En général, l'albumine disparaît rapidement des urines. Celles-ci sont souvent, par contre, très chargées en phosphates, parfois fétides. Il en est de même des selles, qui présentent une fétidité extrême et sont souvent diarrhéiques.

L'état général des petits malades est d'ailleurs très satisfaisant ; ils sont gais, dorment la nuit, et sont bien loin de refuser la nourriture comme cela se voit dans la diphtérie trop souvent ; l'excellente surveillante du pavillon Bretonneau, nous disait que, lorsqu'elle entre dans la salle le matin, tous les enfants réclament du pain et le dévorent avec avidité.

Comme traitement local, M. Roux conseille simplement les lavages à l'eau boriquée, ou bien à la liqueur de Labarraque à 50/1000 faits trois ou quatre fois par jour. On peut encore faire des attouchements à la glycérine salicylée à 5 %, au menthol camphré. On a proposé même de badigeonner les fausses membranes avec le bleu composé qui sert à colorer le bacille, et dont la formule est la suivante :

Solution A.	Violet Dahlia......	1 gr.
	Alcool à 90°.........	10
	Eau distillée	90
Solution B.	Vert de méthyle...	1 gr.
	Alcool à 90°........	10
	Eau distillée.......	90

(Mélanger 1/3 de la solution A à 2/3 de la solution B.)

Les solutions antiseptiques énergiques sont inutiles ; elles peuvent même être dangereuses, et MM. Roux et Martin ont signalé des cas d'intoxication, dont quelques-uns suivis de mort, après application faite à leur insu d'acide phénique ou de sublimé consécutivement à l'inoculation de sérum.

Quelle est la dose à injecter ? — Dans les cas moyens 20 c. c. au-dessous de quinze ans, 30 à 40 c. c. au-dessus suffisent en général ; on peut d'ailleurs, par prudence, faire au bout de vingt-quatre heures une seconde injection de 10 c. c. Dans les formes graves, il faut augmenter la dose et multiplier les injections. En effet, si la marche rapide vers la guérison d'une forme de diphtérie pure est la règle, les choses ne se passent pas ainsi ordinairement quand il existe des associations microbiennes ; la défervescence se fait plus lentement, l'état général est moins vite satisfaisant ; surtout quand il y a du streptocoque, il peut se produire des phénomènes d'infection, des suppurations ganglionnaires, etc., qui assombrissent le pronostic.

Ici se pose une autre question, celle de la vaccination préventive. Quand il existe un cas de diphtérie dans une famille, faut-il inoculer par prudence les autres enfants ? On a proposé de leur faire une injection de 5 c. c. au-dessous de dix ans, de 10 c. c. au-dessus. Outre que l'immunisation n'est pas bien établie, qu'elle paraît être de courte durée (deux semaines), je fais ici la même réserve que lorsqu'il s'agissait d'inoculer un enfant atteint d'angine à fausse membrane ; je crois qu'il faut d'abord constater

la présence de bacilles dans la bouche de l'enfant ; je vous en donnerai tout à l'heure la raison.

Jusqu'ici nous avons étudié l'action du sérum antidiphtérique en présence des angines. Comment se comporte-t-il dans le croup ? Eh bien ! son action paraît être ici surtout excellente ; on peut dire que tout enfant atteint de croup diphtérique pur, et inoculé de bonne heure, guérira sans opération ; chez des enfants même tardivement injectés, nous avons vu des cures surprenantes ; un enfant arrivé avec un tirage déjà intense, des accès de suffocation répétés ; on lui inocule 20 c. c. de sérum, la nuit se passe péniblement ; à plusieurs reprises même on décide l'opération, qui est chaque fois remise ; le matin l'enfant tire moins, une seconde inoculation de 20 c. c. est pratiquée ; le soir les membranes tendent à se détacher, on entend le bruit de drapeau caractéristique ; l'enfant se met à tousser, expectore des fragments d'exsudat, et, à partir de ce moment, marche rapidement vers la guérison. J'ai observé plusieurs faits analogues. J'ajoute ici ce que je disais pour l'angine : le diagnostic bactériologique est indispensable ; s'il n'y a pas de fausses membranes dans la gorge, vous gratterez les piliers et le fond du pharynx, et vous ferez l'ensemencement avec la salive et le mucus ainsi recueillis. Mais, en ce cas, en raison de la grande importance qu'il y a à agir vite, mieux vaut s'exposer à inoculer un croup non diphtérique que de s'attarder, au risque d'une issue fatale.

La trachéotomie donne avec le sérum des résultats très supérieurs à ceux qu'elle a fournis jusqu'ici, les guérisons sont dans une proportion de sept sur dix, mais elle demeure une opération grave, inconstante dans ses difficultés et dans ses résultats ; enfin, on ne sait pas ce que deviennent plus tard les enfants trachéotomisés ; beaucoup paraissent mourir jeunes, d'autres présentent des accidents. Comptant sur l'action du sérum, qui permet d'attendre une rémission, M. Roux veut substituer le tubage à la trachéotomie. Tombé en discrédit depuis Bouchut, le tubage a été repris ces temps derniers en Amérique par O'Dwyer, qui a perfectionné l'appareil et le manuel opératoire. Ferroud, de Saint-Étienne, a imaginé un instrument qui sert à la fois de porte-tube et d'extracteur et qui est d'un maniement facile. A l'hôpital Trousseau le tubage n'a pas donné, jusqu'ici, de résultats aussi satisfaisants que l'espérait M. Roux ; il paraît en donner de meilleurs aux Enfants-Malades. En un mot, la question n'est pas encore résolue.

V

Je dois maintenant vous donner l'explication des réserves que j'ai formulées par deux fois au cours de cette conférence au sujet de l'innocuité du sérum. Son action n'est pas douteuse, c'est un agent antidiphtéritique supérieur à tous ceux dont nous disposions, mais il ne faut pas en user à la légère, car il n'est pas sans danger. Jusqu'ici aucun accident grave ne s'est produit, mais on a observé 15 à 20 jours après l'injection, dans un certain nombre de cas, des phénomènes inquiétants. — Ce sont d'abord les manifestations cutanées, urticaire, erythèmes scarlatiniformes, papuleux, circinés, etc..., accompagnés de prurit, souvent de fièvre. J'ai signalé un état d'embarras gastrique avec anorexie, des vomissements réitérés. — Les enfants sont parfois agités, hargneux ou bien abattus. Dans certains cas on a observé des phénomènes simulant la méningite, des paralysies fugaces. Assez fréquemment surviennent des arthropathies pseudo-rhumatismales. Les selles sont fétides, les urines fétides aussi, chargées de phosphates, de sels biliaires ; leur quantité peut être diminuée ; quelquefois il n'y a pas seulement ischurie, mais anurie avec phénomènes d'intoxication. On s'est demandé, si le rein était altéré par l'élimination du sérum. Pour Martin, il demeure intact et il en donne pour preuve ce fait que l'albuminurie est moins fréquente et plus passagère chez les diphtériques traités par le sérum que chez ceux qui n'ont pas été inoculés. — Œrtel, au contraire, signale la sérumthérapie comme cause d'albuminurie.

A vrai dire, l'étude physiologique expérimentale sur les animaux n'a pas été poussée assez loin encore pour que nous puissions affirmer que l'injection du sérum de cheval antidiphtérique ne peut pas avoir d'inconvénients ultérieurs pour l'organisme humain, et c'est une lacune regrettable que l'avenir seul comblera. M. Roux, qui n'avait observé les enfants que pendant le séjour dans les salles de diphtérie, ne nous avait pas signalé les accidents tardifs auxquels je viens de faire allusion. Leur constatation m'engage à vous recommander de ne vous servir qu'avec grande prudence du sérum quand vous allez en avoir à discrétion. Ne vous laissez pas pousser par les familles à en injecter des doses excessives, ni trop précipitées. J'opine à n'en pas user tant que le diagnostic n'est pas établi bactériologiquement. Sans doute, quand la diphtérie est prouvée, il n'y a pas à hésiter : de deux maux, il faut choisir le moindre, et les accidents que pourra provoquer le sérum ne sont pas comparables à ceux de la diphtérie.

Mais je terminerai en vous disant : N'oubliez pas que vous allez avoir entre les mains une substance médicamenteuse d'une extrême activité, encore insuffisamment connue. Ne croyez pas que tout est dit sur la question. N'abdiquez pas le rôle d'observateurs impartiaux qui doit être le vôtre. Recueillez des faits et suivez vos malades aussi longtemps que possible après leur guérison. C'est au clinicien, que doit appartenir le dernier mot dans les choses de la thérapeutique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

En réponse à la demande formulée par quelques confrères, nous reproduisons les arrêtés relatifs à l'affranchissement à prix réduit, utiles, à ce moment de l'année qui est l'époque de l'envoi des notes d'honoraires.

Extrait de l'arrêté du 25 novembre 1893, relatif aux conditions d'admission, dans le service des postes, des notes de frais ou d'honoraires affranchies à prix réduits, Article 1988. — *Note de frais ou d'honoraires.*

Les notes de frais ou d'honoraires sont assimilées aux factures et relevés de comptes et peuvent comme ces objets être admises, à raison de 5 centimes

par 50 grammes; lorsqu'elles indiquent seulement le nom du créancier, l'objet et le chiffre de la dette, ainsi que l'indication de la date et du mode de paiement.

(En conséquence, aucune formule de salutation, ni commencement de lettre, n'est admise pour bénéficier de l'affranchissement à prix réduit.)

Exemples :

Doit M......... au Dr......... pour soins et médicaments fournis à sa famille pour l'année 1......

Détail :

Visites du.................

Médicaments (détails au besoin)........

Total.......................

M........ doit pour soins donnés du...... au...... la somme de................ (détails à mon cabinet).

Doit M......... pour voyages et visites du........ jusqu'au.......... la somme de frcs............ payable par.......... le..........

M......... doit au Dr......... la somme de....... pour honoraires du......... au.........

Note arrêtée le.......... Reçu acompte le.........

Reste dû pour solde..........

(Prière de rapporter cette note. Le détail en sera donné chez le Dr ou à mon cabinet, si on le désire.)

Les tarifs médico-légaux.

Cette question des tarifs médico-légaux, qui paraissait clairement tranchée par le décret de novembre 1893, semble devenir plus embrouillée que jamais.

Nous recevons, en effet, la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Peut-être certains de nos confrères qui font de la médecine légale connaîtront avec intérêt et profit la difficulté qu'a soulevée récemment un de mes mémoires d'Honoraires et qui, jusqu'à présent, se résout à l'avantage des magistrats, qui déclarent avoir raison.

Il s'agit d'un mémoire relatif à l'examen de l'état mental d'un inculpé où, conformément au décret de novembre 1893, j'avais distingué les opérations en visites à 8 fr. et en vacations à 5 fr.

Or, il paraîtrait que le décret de novembre 1893 n'a rien d'applicable à cette variété d'expertise où tout doit être transformé en vacations, lesquelles sont, dès lors, soumises à la tarification exclusive *du décret de* 1811. — C'est donc que ce décret n'est pas entièrement mort pour les médecins, et qu'au point de vue des Honoraires médico-légaux, il faudra compter deux médecines légales : celle de l'ancien et celle du nouveau décret. — Comme ces distinctions peuvent soulever de nouvelles difficultés et que, dans le cas même qui me concerne, elles me paraissent, au moins, discutables, j'ai pensé demander par votre voie l'opinion du *Concours*. Et pour la faciliter, j'ai l'honneur de vous adresser une copie de la lettre où M. le garde des Sceaux, de concert avec M. le Procureur Général, exprime ses idées en la matière.

Veuillez agréer...

Dr P...

Lettre de M. le Procureur Général à M. le procureur de la République d'A.

« Je vous retourne le mémoire des honoraires dus à M. le Dr P... commis le 17 janvier dernier, par M. le juge d'Instruction à l'effet d'examiner l'état mental du nommé C., inculpé de vol de récoltes et de violation de domicile — M. le Garde des Sceaux, à l'appréciation duquel j'ai soumis la question qui a motivé mes observations du 9 mai dernier, estime, comme moi, que l'article 22 du décret du 18 juin qui fixe le tarif des vacations de jour et de nuit aux experts (médecins ou autres) est toujours applicable *en matière d'expertise médicale et n'a nullement été abrogé par le décret du* 23 *novembre* 1893. »

Vous voudrez bien porter cette décision à la connaissance de M. le Dr P... et y conformer votre réquisitoire.

Les visites doivent donc être, en pareil cas, converties en vacations et les vacations doivent être calculées sur le pied du tarif du 18 juin 1811 article 22.

Cette interprétation nous surprend et nous montre qu'en toutes circonstances l'administration de la justice se montre nettement hostile au médecin.

Celui-ci doit évidemment se soumettre, mais il lui reste le droit de protester hautement et nous nous associons de la façon la plus formelle à ces protestations.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Douai

Présents : MM. Sockeel, *Président* ; Buisson, Vandamme, Legrain, Deletombe, Sarrasin, Faucheux, Thiéry, Monnier, Pollet, Lenne, Caffeau, Martin, Dransart (de Somain), Drucké, Défossez, Plet, Wigniolle, Frey, Lambilliotte, Selle, Baude, Houriez, Dransart (de Dorignies).

Excusés : MM. Watelle père, Watelle fils, Desmoulin, Laigniez, Vallée.

Souscription Lafitte.

Le Syndicat vote à l'unanimité en faveur de la famille du docteur Lafitte, une somme de cinquante francs. Il charge le Secrétaire de faire l'envoi de cette somme, et autorise le Trésorier à l'inscrire en dépenses.

Syndicats des Mineurs.

M. le Président donne lecture des articles du règlement projeté par les mineurs qui intéressent les médecins. Ces articles établissent la liberté pour l'ouvrier mineur de choisir son médecin, qui recevrait dix centimes par chaque membre d'une famille et par mois (soit 1 fr. 20 par an), exception faite des opérations délicates nécessitant l'emploi d'instruments ou pansements, pour lesquelles une allocation supplémentaire pourrait être concédée, après enquête.

M. Deletombe estime que cette question n'intéresse pas le corps médical en entier, mais seulement les médecins habitant des communes houillères.

M. Buisson réfute cette objection en disant que toutes les communes de l'arrondissement possèdent des mineurs, ou du moins, avec les nouvelles concessions houillères, vont en posséder à brève échéance. Il expose la situation en ces termes :

Les ouvriers mineurs, eux et leur famille, en cas de maladie, ont droit aux soins que réclame leur état. Les frais sont supportés par une caisse de secours administrée par six ouvriers et trois patrons. Les Compagnies ne gardent exclusivement à leur compte que les blessés. Il expose que le syndicat des mineurs du Pas-de-Calais a voté six francs par famille et par an, comme honoraires médicaux.

Les syndicats des mines d'Aniches et de l'Escarpelle, ceux qui nous touchent de plus près, ont établi un règlement plus radical, dont ils font une condition *sine quâ non*, et qui se base sur les deux données suivantes :

1° Liberté absolue pour l'ouvrier de choisir son médecin ;
2° Le médecin recevra comme honoraires dix centimes par chaque membre d'une famille.

M. Buisson qui, par une situation spéciale, ne peut être médecin des ouvriers mineurs, a toute liberté pour manifester son opinion. Il estime que le syndicat doit accepter le principe « la liberté par l'ouvrier de choisir son médecin », mais en admettant pour le médecin la réciprocité, c'est-à-dire le droit d'accepter ou de refuser le malade. Quant au prix de 0,10 il le trouve dérisoire et inacceptable et formule cette proposition :

Le règlement concédant aux mineurs le droit de choisir leur médecin, les médecins du syndicat de Douai acceptent cette condition, sous la réserve formelle que le même droit leur sera acquis, celui de refuser ou d'accepter le malade.

Le médecin recevra comme honoraires, quinze centimes par tête de membre de chaque famille, à la condition que le chef de famille, dans la première quinzaine de janvier, indiquera le médecin qu'il a choisi et qui a accepté, et que ledit médecin recevra immédiatement après, la liste indiquant nominativement les membres de la famille à laquelle il doit ses soins. Le règlement des honoraires se fera mensuellement.

M. Buisson estime que ces conditions sont absolument nécessaires, si l'on ne veut pas voir passer sous silence les familles où il n'y aura pas eu de malades, et ne les voir entrer en ligne de compte que lorsque le besoin du médecin se sera fait sentir. Il suffit en effet, en vertu de l'article 4, que le médecin avise le Conseil de la Caisse de secours lorsqu'il est appelé chez un nouveau malade. D'autre part, il y a lieu de réclamer mensuellement ses honoraires, car il semble bien difficile que cette Caisse puisse fonctionner longtemps, et si la débâcle arrivait, le médecin serait exposé à voir perdu le fruit de son travail.

M. Vandamme appuie la proposition Buisson ; lui aussi trouve le prix de dix centimes insuffisant ; il propose de le rejeter, car son acceptation aurait des conséquences plus graves qu'on ne pense. En effet, on soignerait une famille de mineurs pour 1 fr. 20, alors que les Sociétés de Secours mutuels donnent 3 fr. Celles-ci ne manqueraient pas de réclamer les mêmes avantages, voire même de les imposer.

M. Buisson fait remarquer que, en supposant le cas où, ainsi organisées, les Caisses de Secours ne pourraient fonctionner, les Compagnies en reprendraient la direction. En ce cas, celles-ci ne manqueraient pas de conserver le tarif accepté, et il serait impossible de le relever. Il établit qu'actuellement, les mines d'Aniches paient 10.000 fr. pour ne soigner que les hommes, et qu'avec la proposition actuelle, on recevrait 18.000 fr. pour soigner trois fois plus de membres, augmentation apportée par des femmes et des enfants, qui réclament plus souvent le médecin.

M. Dransart dit qu'aux mines de l'Escarpelle, à 1 fr. 20 par an, le chiffre des honoraires médicaux sera augmenté, et que l'accord est près de se faire sur ce taux.

M. Baude expose que les syndicats existant seulement pour améliorer la situation générale des médecins, les médecins actuels des Compagnies houillères devraient développer les arguments qu'ils invoquent en faveur ou en défaveur de la proposition Buisson ou du règlement adopté par les mineurs.

M. Dransart déclare que : Il n'admet pas la liberté laissée au malade de choisir son médecin, parce que, si l'ouvrier a cette liberté, le chiffre de 1 fr. 20 par an est absolument dérisoire et insuffisant, et parce que, pour obtenir les bonnes grâces de l'ouvrier, le médecin rivalisera avec force médicaments.

Plusieurs membres font observer que la dignité médicale se révolte à cette insinuation et qu'en ce cas, les conseils syndicaux saisis de la question sauront y mettre ordre.

La discussion étant épuisée, le Président met aux voix la proposition Buisson, qui est adoptée à l'unanimité, sous la réserve faite par MM. Dransart (de Dorignies), et Deletombe, que cette proposition perdrait son effet, si les Compagnies maintenaient leur sectionnement en circonscriptions.

Le Président, sur la motion de divers membres fait observer, et l'Assemblée l'approuve à l'unanimité, que ce vote est *un engagement formel pris par tous les médecins syndiqués de n'accepter le poste de médecin houiller qu'aux conditions votées, et, afin que nul n'en ignore, l'Assemblée ordonne l'impression de la délibération et son envoi à chaque membre du syndicat, qui devra en adresser récépissé au secrétaire.*

Toute infraction à cette proposition serait la mise à l'index et l'exclusion du syndicat du délinquant.

Fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais.

Le Secrétaire rend compte de la réunion tenue à Lille, en vue de constituer une fédération des syndicats actuellement existants dans le Nord et le Pas-de-Calais et donne lecture des statuts adoptés, sous réserves de l'approbation de chaque syndicat,

Ces statuts sont adoptés sans modifications.

Assistance médicale gratuite.

Quant à la question de l'assistance médicale gratuite, l'assemblée approuve les objections formulées contre le rapport Dron, approuve le projet présenté par le syndicat de Lille, projet basé sur la liberté réciproque du malade et du médecin, et sur le prix payé au tarif. Dans le cas où ce projet serait rejeté, elle propose la rémunération du médecin, non d'après le chiffre de la population, mais d'après celui des indigents inscrits, avec demande de *statu quo*, là ou le service fonctionne à la satisfaction de tous.

Le bureau a pleins pouvoirs pour mener cette affaire à bonne fin.

Bureau.

Par acclamation, le Secrétaire est, comme les années précédentes, délégué pour représenter le syndicat à la réunion de l'Union des syndicats médicaux .

Il est ensuite procédé au renouvellement du bureau, dont les pouvoirs sont expirés. Le Président et le Vice-Président déclarent ne pas accepter le renouvellement de leur mandat, mais l'Assemblée, après avoir entendu les raisons qu'invoque M. le docteur Monnier pour

passer outre à ce refus, procède au scrutin, dont voici les résultats :

Président : M. Sockeel.
Vice-Président : M. Buisson.
Secrétaire : M. Pollet.
Trésorier : M. Lambillote.
Syndics : MM. Dransart (de Somain); Monnier; Vandamme.

Le Secrétaire,
Dr A. Pollet.

Association professionnelle des médecins de Rouen.

28 septembre 1894.

Présents : MM. Debout, président, Brunon, Delabost, Douvre, Giraud, Lireux, Coulom, Jude Hue, Helot, Carliez, Mlle Roussel.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le Maire de Rouen accusant réception du dépôt des Statuts fait à la mairie, en conformité de la loi du 21 mars 1884 et du 30 novembre 1892, à l'effet de transformer l'Association en Syndicat légal ;

2° Une lettre du Dr Descamp demandant à faire partie de l'Association ;

3° Une invitation des Médecins de Caen à assister à une réunion générale des Médecins de la région tenue à Caen à l'occasion des fêtes du Concours général de 1894;

4° Une lettre du Président du Syndicat de Marseille mettant les sociétaires au courant d'un conflit qui s'est élevé entre les Médecins de Marseille et les Présidents des Sociétés de secours mutuels.

Service antidiphtérique.

M. le Président dit qu'il est heureux de la présence à cette réunion du sympathique Directeur de l'Ecole de médecine, pour lui exprimer le regret que la convocation adressée dernièrement par lui aux seuls professeurs de l'Ecole de médecine, afin d'étudier les moyens pratiques de procurer à la ville de Rouen du serum antidiphtérique, n'ait pas également été adressée à tous les Médecins de la ville. Jusqu'à présent, toutes les fois qu'une question d'intérêt général a été soulevée, qu'il s'agisse soit d'une épidémie, soit, comme tout récemment, de l'application d'une loi qui semblait défectueuse — c'est le corps médical tout entier de la ville qui a été convoqué pour en délibérer.

M. Delabost répond que, s'il a convoqué seulement les professeurs de l'Ecole de médecin e c'est qu'il avait qualité pour le faire, tandis qu'il ne se croyait pas autorisé à faire une convocation générale de tous les Médecins. Il ajoute que la presse locale, qui a pris l'initiative d'une souscription publique, l'a presque obligé, vu la nécessité d'agir promptement, à prendre, comme Directeur de l'Ecole, les mesures nécessaires pour fournir aux Médecins et aux familles inquiètes, le serum préparé selon la méthode du Dr Roux. — Il a pensé que dans une réunion nombreuse on aurait pu discuter longuement, sans faire avancer la question — alors que tout le monde réclame une solution rapide.

M. Jude Hue demande à M. le Directeur de l'Ecole, s'il ne serait pas possible d'envoyer dès à présent, à l'aide de la souscription, un cheval ou deux à Paris, à l'Institut Pasteur, pour être inoculés de suite.

M. Delabost répond que les événements se sont précipités avec une telle rapidité que le temps lui a manqué pour examiner les voies et moyens les plus rapides pour atteindre le but désiré, et que M. Nicolle, actuellement en voyage, ne manquera pas à son retour de s'entourer de toutes les précautions nécessaires, pour fournir un serum exactement préparé d'après les indications fournies par le laboratoire de M. Pasteur.

M. Brunon dit que dernièrement, ayant à soigner un enfant atteint de diphtérie, dans sa clientèle, il a essayé par tous les moyens de se procurer du serum antidiphtérique à Paris — mais sans succès.

M. Coulom affirme qu'on peut, dès maintenant, s'en procurer aisément en Allemagne.

M. Jude Hue demande à M. Delabost, s'il ne serait pas possible qu'une partie de la souscription soit employée à se procurer de suite et par tous les moyens du serum curateur, jusqu'à ce que le laboratoire de Rouen puisse en fournir.

M. Delabost répond qu'aussitôt qu'une partie de la souscription sera mise à sa disposition, il fera tous ses efforts pour en procurer le plus rapidement possible.

Affaire Lafitte.

M. Brunon appelle ensuite l'attention de l'Association, sur la douloureuse situation de la famille du Dr Lafitte, qui laisse cinq enfants sans ressources à la charge de sa vieille mère et estime qu'il y aurait lieu de leur venir en aide. — M. le Président partage les sentiments de M. Brunon. Mais le règlement de notre Société ne permet pas que l'on fasse usage du fonds social, si ce n'est pour la défense des intérêts professionnels. — Il estime donc qu'il serait préférable qu'une souscription individuelle fût faite en dehors de l'Association.

M. Douvre, président de l'Association des Médecins du département, sollicité, par M. Brunon de prendre l'initiative de cette souscription, dit qu'avant d'en saisir ses Collègues, il se propose d'écrire au Président de l'Association des Médecins de Seine-et-Oise, afin de connaître l'étendue des besoins du Dr Lafitte, et aussitôt fixé, de faire le nécessaire.

Assistance médicale gratuite.

M. Coulom et Mlle Roussel demandent qu'on mette à l'ordre du jour de la prochaine séance l'étude sur l'application de la loi de l'Assistance médicale gratuite. (Adopté.)

Le Secrétaire-adjoint, A. Carliez.

Syndicat médical de l'arrondissement d'Aurillac.

Le 10 novembre 1894 un syndicat médical s'est constitué dans l'arrondissement d'Aurillac.

Les Statuts ont été votés.

Le Bureau pour l'année 1895 a été ainsi constitué :

Président : Dr Bois.
Vice-Président : Dr Fleys.
Secrétaire : Dr Girou.
Trésorier : Dr Bert.

Souscription Lafitte.

Huitième liste.

MM. les docteurs :

Trolard (Alger) 10
Rouiller (Formerie) 5
Syndicat de la Rochelle 100
Leblanc (Saint-Pourçain) 5
Altman (Cousances-aux-Forges) 10
Bordo, Caussidou, Cochez, Caussaunel, Mertz, Mareau, Sezury, Grosclaude, Hérall, Gemy, Deshayes, Battarel, Soulié, Stéphann, Bonetti, *membres de l'Association des médecins du département d'Alger* 75
Un membre du Concours n° 2222 5
Jean (Limoux) 10
Albertini (Luré-de-Corte) 5
Syndicat de Montereau 20

Total de la 8e liste 245
Total des listes précédentes 6218
Total général 6463

REPORTAGE MÉDICAL

Le concours pour l'agrégation en médecine s'est ouvert le 17 décembre dernier. Le jury était composé de MM. Brouardel, président; Jaccoud, Hayem, Joffroy, Fournier et Debove, pour Paris; Grasset, Pitres et Mayet pour la province.— Juges suppléants : MM. Dieulafoy, Brissaud.

Voici la liste des candidats admis à participer à ce concours.

Bordeaux. — MM. Hobbs, Monjour.

Lille. — MM. Arnould, Brunelle, Legay.

Lyon. — MM. Boyer, Bret, Charmel, Chatin, Collet, Ferrier, Frenkel, Pic.

Montpellier. MM. Basc, Lacaze.

Nancy. MM. Etienne, Specker, Zilgien.

Paris. MM. Achard, Barbier, Besançon, P. Blocq, Claisse, Deschamps, Dupré, Duflocq, Foveau, Gaston, Gilles de la Tourette, Girode, Le Dantec, Legry, Lesage, Lion, Mosny, Renon, Sabrazès, Thiroloix, Thoinot, Vaquez, Widal, Wurtz.

Poitiers. — M. Ausset.

Toulouse. — MM. Daunic, Morel, Rispal.

— Dans la dernière séance du Conseil Académique, M. le doyen Brouardel a fait remarquer que le nombre des étudiants en médecine va toujours croissant dans les grandes Facultés et particulièrement à Paris ; sur une population totale de 5.144 étudiants, l'effectif des étrangers est de 1,002, dont 833 hommes et 169 femmes ; les étudiantes françaises ne sont que 26.

M. Brouardel remarque à cette occasion que le nombre des étudiants a doublé depuis huit ans ; les locaux de la Faculté seront trop petits avant d'être terminés : de nouveaux sacrifices seront nécessaires; les études médicales prennent une forme qui obligera la Faculté à faire un appel constant au Parlement. Les grandes découvertes actuelles exigent que chaque candidat au doctorat en médecine possède une instruction très complète. Elle ne peut leur être donnée qu'en les réunissant en groupes peu nombreux, où se donne autant que possible l'enseignement pratique individuel.

Il en est de même en Allemagne ; mais le contraire a lieu en Angleterre, d'après le *Bulletin médical* :

En première année, il y a dans les écoles de Londres, quarante étudiants de moins que l'année dernière, et, dans les écoles de province, cent vingt-quatre en moins. En somme, cela fait pour cette année une diminution d'environ treize pour cent. Toutes les écoles sont en décroissance; sauf à Londres, Saint-Barthélemy, Saint-Georges, l'École des Femmes et Charing-Cross, et, en province, Cambridge et Bristol. Durham est tombé de cent vingt-trois à trente-six, et Ovens Collège de soixante-treize à quarante-trois.

Postes médicaux dans la Haute-Loire. — Il y a actuellement dans le département de la Haute-Loire 9 cantons dépourvus de médecin. La population de ces cantons varie de 4,456 à 11,731 habitants. Le médecin recevra pour le service annuel de l'assistance gratuite un traitement annuel de 1,000 fr. augmenté des honoraires, variable pour chaque canton, accordés pour le service des enfants du premier âge. Le même médecin pourra assurer le service médical des deux cantons et bénéficier de la double allocation accordée par le Conseil général.

S'adresser pour les renseignements au Secrétariat général de la Préfecture de la Haute-Loire.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL ».

N° 3958. — M. le docteur Tintelin, de Vrécourt (Vosges), présenté par M. le Directeur.

N° 3959. — M. Serpette, médecin à Beaucourt-en-Santerre (Somme), présenté par M. le Directeur.

N° 3960. — M. le docteur Frangues, de M'Sila (Constantine), présenté par M. le docteur Sanrey, de Batna et membre de l'Association des médecins du département de Constantine.

N° 3961. — M. le docteur Pecker, de Maule (S.-et-O.), présenté par M le Dr Jeanne (de Meulan) et membre du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Seizième année N° 52 29 Décembre 1894

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MEDICAL »

FONDATEUR DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic différentiel du chancre labial.

Cette question, toujours pleine d'intérêt du diagnostic du chancre labial et de l'épithélioma de la lèvre, vient de faire l'objet d'une leçon de M. le *professeur Fournier*. Le savant clinicien résume ainsi les caractères distinctifs du chancre labial : Solitaire, siégeant sur la lèvre inférieure, à la réunion des téguments cutanés et muqueux, le chancre labial affecte la forme *croûteuse* quand il est cutané, *érosive* quand il est muqueux, *ulcéreuse* et *phagédénique* qu'il soit cutané ou muqueux.

La forme croûteuse se présente sous l'aspect d'une petite croûte de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ, sans couleur fixe, brunâtre et parfois presque noire. Il en existe une variété qu'on peut appeler « rupiale » ou « rupoïde ». Ce n'est autre chose qu'une amplification de la petite croûte qui peut arriver à 1 centimètre d'épaisseur; c'est, en un mot, un chancre à croûte énorme.

Voyons par quels signes on peut faire le diagnostic différentiel entre le chancre labial de forme croûteuse et la syphilide tertiaire. Il y a trois signes qui permettent de faire ce diagnostic : l'adénopathie, l'absence d'antécédents spécifiques antérieurs, s'il s'agit d'un chancre, la coïncidence d'accidents tertiaires, s'il s'agit d'une syphilide.

Le chancre croûteux est souvent confondu avec *l'herpès, l'eczéma, l'impétigo*.

Pour éviter cette erreur fréquente, il faut surtout faire une chose : c'est *y penser*, et se dire que la lésion qu'on a sous les yeux peut être un chancre.

Vous avez à votre disposition deux signes importants : 1° l'adénopathie ; 2° l'induration de la base.

En cas de chancre, vous trouverez dans la région sous-maxillaire un ou deux ganglions durs et indolents ; d'autre part, l'induration de la base ne manque jamais ; parfois très accusée, noueuse, nodulaire, elle est souvent moins évidente, parcheminée, foliacée, il y a toujours quelque chose ; tandis que vous ne trouverez rien de semblable, s'il s'agit de l'herpès ou de l'impétigo.

Mais malgré ces signes différentiels, il faut se méfier de deux causes d'erreur possibles. D'abord une lésion banale, sans aucun caractère spécifique, peut se compliquer d'une induration factice. Un herpès pansé avec certains topiques, l'acide phénique ou le sublimé. Dans ces cas, il faut réserver prudemment le diagnostic et attendre les événements.

Pour la forme érosive, le diagnostic doit encore reposer sur l'induration et l'adénopathie, et de plus sur l'aspect extérieur, à la loupe : si la lésion présente une ligne géométrique régulière, d'une pureté mathématique, vous pouvez conclure au chancre, puisque ni l'herpès, ni l'érosion produite par la brûlure de cigarette ne présentent cette régularité. En effet, le graphique de l'herpès offre toujours des sinuosités plus ou moins nombreuses ; quant à la brûlure, elle est d'une forme absolument irrégulière.

Il y a une forme *papulaire* de chancre qui ressemble beaucoup à une tumeur épithéliomateuse et qui pour cette raison a été quelquefois prise pour un véritable cancroïde et opérée comme telle.

M. *Fournier* assigne 3 sortes de signes spéciaux au chancre :

1° Signes de présomption : l'âge jeune du sujet, du moins en général.

2° Signes de probabilité :

I. — Surface lisse, égale dans le chancre ; inégale et déchiquetée dans l'épithélioma.

III. — L'absence de bords, à proprement parler, dans le premier cas ; des bords élevés, épais, ourlés, dans le second.

III. — Saignotement.

Si vous pressez légèrement entre les doigts un épithélioma, vous verrez apparaître sur sa surface des points rouges, c'est une petite hémorrhagie, un saignotement. Si vous l'essuyez avec un tampon, la ouate devient rosée. Rien de pareil ne se produit avec le chancre.

IV. — *L'adénopathie.*

C'est un signe excellent.

Tardive dans l'épithélioma, elle est initiale d'emblée dans le chancre. Tandis que deux ou trois semaines à peine suffisent dans le cas de chancre, pour que l'adénopathie arrive à son apogée, il faut quatre ou cinq mois pour que le même phénomène se produise dans l'épithélioma.

Si bon, si parfait que soit ce signe, il faut l'utiliser avec réserve.

Rappelons-nous que dans bien des cas nous ignorons l'origine exacte du cancroïde, et que, de plus, les ganglions peuvent être antérieurs à la maladie.

V. — *Vermiotes.*

Ce sont des filaments blancs, ou des grumeaux qu'on fait sortir du cancroïde par la pression ; l'examen histologique les montre composés de globes épidermiques et de cellules cornées. D'après M. Darier, ce signe serait presque de certitude, étant donné qu'on ne retrouve jamais les vermiotes dans le chancre.

3° Signe de certitude.

Ce signe, d'une importance capitale, c'est l'*évolution*. En quinze jours ou trois semaines, le chancre est arrivé à son apogée, il bat son plein, tandis que l'épithélioma met plusieurs mois pour devenir quelque chose. Quel contraste frappant !

Ainsi, lorsqu'un malade vient vous dire qu'il y a quinze jours, il n'avait rien, *absolument rien*, et que vous constatez chez lui une lésion labiale, ayant les caractères décrits plus haut, vous pouvez affirmer qu'il s'agit d'un chancre.

Vous avez enfin un critérium excellent, c'est l'explosion secondaire. Aussi est-ce à ce critérium qu'il faut avoir recours dans tous les cas douteux, où l'intervention chirurgicale paraît nécessaire.

Traitement symptomatique des vomissements.

Dans son récent traité de Clinique thérapeutique, le Dr *Lyon* conseille les moyens suivants pour combattre les vomissements, qui ont résisté à la potion de Rivière, à la glace, à l'eau de Seltz, et au champagne :

L'eau chloroformée, la cocaïne, les bromures, la belladone, le menthol.

L'eau chloroformée s'emploie à la dose de plusieurs cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures ; la cocaïne à la dose de un à cinq centigrammes, les bromures à la dose de 1 à 3 ou 4 grammes. Parmi les bromures, il en est un dont l'introduction en thérapeutique est récente, et qui a été spécialement recommandé pour son action antiémétique, c'est le bromure de strontium.

La belladone peut se prescrire soit par la bouche (1 à 4 centigrammes), soit en suppositoires.

Quant au menthol, il exerce une action antiémétique des plus énergiques ; mais s'il arrête le

---

FEUILLETON

Verges de Noel et Souhaits de nouvel an.

Avez-vous remarqué la mine longue de quelques-uns de nos confrères et non des moins importants ? — Si oui, vous avez dû en rechercher la cause, car, à cette époque de l'année, la mélancolie n'est généralement pas la note dominante. S'ils sont un peu sombres, ce n'est certainement point parce qu'ils ont des étrennes à donner à leur concierge et à leur personnel. En voici le véritable motif ; la chose peut se conter en vingt lignes ; mais n'en dites rien à personne. C'est entre nous :

Donc, durant la nuit du réveillon, le vieux père Noël, avant de se mettre en route pour sa tournée traditionnelle, fut pris de scrupules. — Il venait de lire les journaux, qui démasquent tant de maîtres-chanteurs, dévoilent tant de turpitudes, et, pour la première fois, des instincts de révolte surgirent sous son chef branlant.

Saperlotte ! s'écria-t-il avec une voix mordante, comme la bise glaciale de décembre, j'ai eu tort jusqu'ici d'accepter sans protestation ma vilaine besogne ; celle d'apporter des verges aux tout petits. Ces chers mignons sont irresponsables, et puis, ils ont fait de si louables efforts qu'il y aurait vraiment cruauté à faire couler leurs larmes, à terminer par une déception le rêve enchanteur qui les berce en ce moment.

Non, décidément, ajouta-t-il, en se raffermissant dans son idée, à l'exemple des personnes âgées qui n'entreprennent rien à la légère, non, cette année-ci je ne ferai pleurer aucun bambin. En revanche, je vais me faire l'interprète de toutes les indignations, passivement résignées, et réserver mes engins de père fouettard pour les grands enfants.

En voilà qui méritent souvent d'être punis ; je crains même de n'avoir pas assez de balais frondeurs et cuisants, pour les déposer dans les escarpins de tous les mauvais drôles, qui abusent indignement de la dolente humanité, hypocrites à tares honteuses, financiers omnivores, avaricieux aux doigts crochus, histrions politiques et autres vermines, « Pharisiens et Sadducéens, race de vipères, outres gonflées, cymbales retentissantes ! »

La liste des vilains à fustiger était fort longue ; elle comprenait, hélas, quelques morticoles, rares braconniers de notre profession. Je suis bien obligé d'en convenir, sans porter atteinte au prestige corporatif et à la considération de la collectivité.

On s'en souviendra peut-être dans le clan des chirurgiens qui opèrent à tort et à travers, plus préoccupés du bénéfice qu'ils pourront retirer de leur intervention que de son utilité, aussi bien que parmi les intrigants toujours à l'affût de quelque faveur et les parvenus, hautains et ladres, qui, du haut de leurs sinécures, regardent avec dédain les petits médecins des campagnes, ou des quartiers populeux. En voilà qui méritent pourtant notre admiration !..

Le bon Noël, en justicier équitable, désireux de proportionner le châtiment à la faute, en vint même à trouver que ses verges les plus acérées étaient insuffisantes : 1° Pour les Mangins éhontés qui salissent les vespasiennes de nos rues avec des affiches, où ils s'engagent à guérir à forfait, dans l'espace de trois jours, les blessures de Vénus les plus graves et les plus anciennes.

vomissement, il exerce par contre une action irritante sur l'estomac qui ne permet pas de l'employer longtemps, ni à dose élevée. On pourra le prescrire à la dose de 0,10 à 0,50 centigrammes. Gottschalk emploie la formule suivante (vomissements de la grossesse) :

Menthol................ 1 gramme
Alcool................ 20 grammes
Sirop de sucre......... 50 grammes

Une cuillerée à café toutes les heures.

Trois médicaments ont été employés empiriquement contre les vomissements, sans que l'on puisse expliquer leur action d'une façon satisfaisante ; ce sont la teinture d'iode, la créosote et la strychnine.

Lasègue ordonnait la teinture d'iode à la dose de 5 à 10 gouttes, dans de l'eau sucrée, particulièrement dans le cas de vomissements de la grossesse. On peut la prescrire associée au chloroforme.

Teinture d'iode.... } ââ 5 grammes.
Chloroforme....... }

Cinq gouttes matin et soir au moment du repas dans un peu d'eau (Huchard).

Ou bien la prescrire seule :

Teinture d'iode...... XV gouttes.
Eau de menthe....... 30 grammes.

Quinze gouttes toutes les heures.

La créosote peut se prescrire ainsi :

Créosote.................. } ââ 5 gr.
Huile d'amande douce... }

Cinq à dix gouttes trois ou quatre fois par jour dans du lait.

M. Empis prescrit la strychnine dans les cas de vomissements liés à la tuberculose.

Strychnine............ 0,01 centigr.
Alcool................ 1 gram.
Eau distillée.......... 100 gram.

Contre les vomissements produits par la chloroformisation, M. *Lecoin*, de Bruxelles, emploie le vinaigre de la façon suivante :

On trempe un linge de la grandeur d'une serviette dans du vinaigre ordinaire et on l'exprime légèrement de manière qu'il soit encore bien humecté ; on le place alors sur la face du malade encore recouverte du masque. On retire ensuite celui-ci de façon à empêcher, autant que possible, l'arrivée brusque de l'air, qui doit traverser le linge vinaigré avant d'être inspiré. Le linge doit être toléré aussi longtemps que possible ; trois heures au moins. Il y a avantage à prolonger l'application pendant toute la journée, car on constate parfois dans l'air expiré par les malades, la présence du chloroforme plus de deux jours après la narcose.

REPORTAGE MÉDICAL

Notre confrère la *Médecine moderne* fait observer que si quelques médecins gagnent des fortunes colossales aux Etats-Unis, il n'en est pas de même de la majorité de leurs confrères.

Dans les grandes villes de l'Union, le revenu annuel d'un médecin « en pleine pratique » peut être estimé en moyenne à 2,000 dollars (10.000 francs) dans les petites villes et à la campagne à 1,200 dollars (6,000 francs).

Deux ou trois des praticiens de New-York font plus de 100,000 dollars par an ; 5 ou 6 atteignent 50 à 60,000 dollars ; 50 gagnent de 25 à 30.000 dollars; 150, de 10 à 12,000 dollars ; environ 300, de 5 à 6,000 dollars ; 500, de 2000 à 3,000 dollars ; le reste ne dépasse pas 800 à 1,000 dollars.

Les honoraires varient suivant les localités ; ils

2° Pour certains gynécologistes qui découvrent toujours des lésions utérines à leurs libidineuses clientes et en font l'objet de cures aussi rémunératrices qu'interminables.

3° Pour les *pisteurs* des stations thermales, qui paient des larbins et divers entremetteurs à gages, pour accaparer les malades adressés à leurs voisins,

etc., etc.,

....
....

Je m'arrête, car je n'ai pas pris la plume pour juvénaliser et continuer la besogne secrète du malicieux Noël. Il s'en est fort bien acquitté, et, s'il est nécessaire, il se montrera encore plus rigoureux une autre fois.

J'aime mieux jeter prudemment un voile sur le passé et tourner les yeux vers l'avenir énigmatique, avec l'espoir qu'après avoir poussé bien des soupirs, hier, nous n'aurons pas à subir un écœurant crescendo, devant la réalité de demain.

Le vieux calendrier, dans ses douze cercueils,
A nos baisers défunts et nos caresses mortes :
An qui pleure, an qui rit, que nous apportes-tu,
Des semaines accortes
Des fêtes ou des deuils ?

Je souhaite qu'il soit rayonnant d'un bout à l'autre, pour tous mes lecteurs, qu'il comble leurs vœux les plus ardemment caressés : Puissiez-vous éviter les tuiles qui vous guettent et échapper à l'invincible malaise qui paralyse notre génération décadente.

Que vos enfants et vos petits-enfants vous procurent les joies les plus sereines.

Que les livres de votre bibliothèque vous bercent et vous donnent de l'énergie, les jours de pluie et de découragement ; qu'ils vous fardent la mélancolie des vieux souvenirs et soient pour votre âme une nouvelle source de consolations et de vertus.

Puissent les projets de réformes, élaborés par les associations syndicales, sortir enfin de la stagnation nébuleuse, dans laquelle ils croupissent depuis si longtemps.

Qu'il y ait moins de dissentiments et de discordes dans l'Agramant Hippocratique et qu'un bactériologiste éminent découvre enfin un sérum assez efficace, pour juguler les microbes infects qui nuisent à la bonne confraternité, toutes les basses jalousies, les perfidies enfiellées et les hostilités irréductibles, entretenues par des commérages et des griefs inventés à plaisir.

Je souhaite plus particulièrement aux déshérités de la profession de ne pas être atteints d'anémie métallique, de phtisie pécuniaire, d'avoir au contraire les moyens de mettre d'accord les aspirations de leur cœur, avec l'état de leur bourse, et de ne pas perdre leurs dernières illusions, chimères pacifiantes qui nous aident à vivre.

Laissez les sots et les méchants décrier notre corporation et continuez à être utiles à vos semblables, à éloigner le terrible faucheux des demeures de vos clients, de vos amis. Malgré les fous, les insensés, qui espèrent arriver à la rénovation sociale par la violence, par la destruction de tout ce qui existe, ne vous en laissez pas imposer par leurs menées ténébreuses et gardez votre belle confiance en l'avenir de l'humanité, qui sera sûrement régénérée, comme vous le pensez, par l'hygiène, par le travail et par la science ! Dr GRELLETY (de Vichy).

sont beaucoup plus élevés dans les grandes villes. A New-York, la visite du médecin ordinaire est payée de 2 à 5 dollars (10 à 25 francs).

Une consultation à domicile est cotée de 10 à 25 dollars.

Les visites en dehors de la ville se payent à raison de 10 à 20 dollars par heure d'absence, plus les frais de voyage et le prix régulier de 25 dollars pour la consultation même.

Les visites ou consultations de nuit se payent le double de la visite ou de la consultation de jour.

Dans beaucoup de petites villes, le praticien ne prend pas plus d'un demi-dollar la visite et un dollar quand la distance dépasse un mille.

— Le docteur Salomon, de Savigné (Sarthe), vient de publier une très intéressante brochure : *l'Alcool et la dépopulation de la France*. Nous sommes obligés, à regret, de ne citer que les conclusions de son travail. La difficulté consiste à faire adopter et appliquer les mesures qu'il propose :

I. — Tout alcool d'industrie sera rectifié avant d'être livré à la consommation.

II. — La distillation des eaux-de-vie naturelles restera libre, mais sous la surveillance de l'Etat, qui exigera des appareils perfectionnés, et confisquera les produits de mauvaise qualité.

III. — Le privilège des bouilleurs de cru sera réglementé de façon à supprimer la fraude.

IV. — Tous les établissements vendant de l'alcool ou des liqueurs, supporteront un même droit fixe très élevé, complètement distinct des autres impôts.

V. — Le nombre des cabarets sera déterminé dans chaque commune, d'après la population.

VI. — Nul ne pourra plus ouvrir de cabaret sans autorisation préfectorale.

VII. — La vente de spiritueux falsifiés et fraudés sera toujours punie de la prison, de la fermeture de l'établissement et de la perte des droits civils.

VIII. — Les débitants qui excitent à l'ivresse, tolèrent des clients manifestement ivres, ou donnent à boire des spiritueux à des mineurs, seront punis d'une amende progressant avec le nombre des récidives.

IX. — L'ivresse publique sera punie de l'amende, les récidives de la prison.

X. — Internement d'office dans un établissement spécial, des alcooliques ayant subi un certain nombre de condamnations dans un temps déterminé.

XI. — Après un séjour dans un asile, on prononcera contre l'alcoolique la déchéance paternelle, l'interdiction, la mise en curatelle.

XII. — Les dettes de cabaret ne seront pas reconnues.

— Notre confrère le Dr Delvaille a publié récemment le résultat de sa mission en Belgique et Hollande, au sujet de l'hygiène et de l'assistance publiques et leur organisation dans ces pays. L'éloge de son travail publié par la Société d'éditions scientifique a été fait par un bon juge en ces matières, M. le professeur Grancher, en une intéressante préface.

Nous devons signaler aussi à ceux de nos lecteurs que touchent les hautes questions de physiologie et philosophie sociale faites par un médecin, le nouveau volume, de très haute portée, d'un de nos confrères, très connu de nos lecteurs, M. le Dr Piogey, d'Asnières. Son nouveau volume est intitulé : *La vie sociale, la morale et le progrès, essai de conception expérimentale*.

— M. Jules Arboux, secrétaire de la ligue de la prévoyance et de la mutualité, a été nommé chevalier de la légion d'honneur pour ses nombreuses publications et la part qu'il a prise à la fondation de la ligue.

SOUSCRIPTION LAFITTE

Neuvième et dernière liste.

MM. les docteurs :

Cassan (Montmirail)	5
Coste (Collioure)	5
de Grissac (Argenteuil)	20
Total	30
Total des listes précédentes	6.463
Total général définitif	6.493

Cette somme a été versée entre les mains de la commission de la souscription désignée par l'Association de la Presse et composée de MM. les Drs Laborde, Baudouin et Meuoy.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 3962. — M. le docteur Giberton-Dubreuil, de Jouy-en-Josas (S.-et-O.), présenté par M. le docteur Jeanne et membre du Syndicat de Versailles.

N° 3963. — M. le docteur Rochefort, de Chatou (S.-et-O.), membre du Syndicat de l'arrondissement de Versailles.

NÉCROLOGIE.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Carrez, de Morez (Jura) ; et de Lepine, de Pavilly (Seine-Inférieure), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1894

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

II

Partie Professionnelle

(*Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS*)

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

III

Bulletin de l'Union des Syndicats

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

